

(平成 31 年 3 月作成)

厚生労働省

平成30年度障害者総合福祉推進事業

医療型障害児入所施設(旧肢体不自由児施設)における
今後の支援のあり方についての調査研究

－調査結果報告書－

平成 31 年 3 月

社会福祉法人日本肢体不自由児協会

目次	頁
1. 事業の目的	1
2. 事業内容	1
3. 調査方法	4
4. 調査結果	7
[1] 施設実態調査	7
[2] 全国旧肢体不自由児施設有期有目的入所アンケート調査	4 4
[3] 好事例調査報告	4 8
5. 調査結果に対する考察	6 6

1 事業の目的

本事業の目的は、(1) 旧肢体不自由児施設の運営、経営状況、利用児・者の現況、施設サービス内容、などの実態調査、(2) 施設の運営改善事例の収集 (3) 全国肢体不自由児施設運営協議会からの意見聴取を行い、旧肢体不自由児施設として担うべき利用者のニーズを満たすための対応を行うに必要となる人的、物理的資源と施設の健全な運営に必要となる収入基盤を明らかにした上で、施設運営管理者、有識者からなる委員会において、今後の肢体不自由児への包括的支援のあり方、施設機能の見直し・強化に関する提言を行うことである。

(事業の背景)医療型障害児入所施設(旧肢体不自由児施設)は、出生児数の減少、障害児支援が施設入所支援から在宅生活支援に移行するなかで、半世紀を超えて肢体不自由児療育を支えてきた。肢体不自由児施設は、施設入所児の減少にともなう経営状況の悪化のなか、超重症児・準重症児、被虐待児などの多様な入所理由の利用者割合が増え、ニーズは多様化し、目的を明確とした有期入所支援の強化などが求められている。

肢体不自由児療育は、手足の不自由なこどもの疾病を治療し、機能の回復・代償・代替を図り、心身の発達を保障し、障害を克服し社会の一員として育てることを目標としてきた。人口減少・超高齢社会を迎えた今日、肢体不自由児数は減少し、医学の進歩、障害・療育思想の進化、医療・福祉制度の整備などにもない、肢体不自由を持つ人々の社会的包摂は進んでいる。同時に、肢体不自由児・者の健康、生活、社会活動におけるあらたな支援ニーズが認識されている。

肢体不自由とは、運動器の変調(disorder)により、運動機能(motion)、生活活動(activity)に制限が生じ、在宅生活、就学、就労、市民活動、レクリエーション活動などに制約が生じた障害(disability)の状態である。運動機能は、呼吸機能、代謝機能、神経機能、排泄機能、免疫機能などと同様に人の健康に深くかかわっている。健常者にとって、運動不足は不健康・成人病の重大なリスクである。身体運動が制限されている肢体不自由児・者にとっては、運動機能の制限が健康のリスクになっていることが近年明らかにされてきている。

肢体不自由を障害の視点からとらえるのみならず、健康(health promotion)の視点を加え、肢体不自由児・者の生涯にわたる成長・発達・健康課題、機能課題(向上・回復・維持・代償・代替)、日常生活活動、社会生活課題就労を視野に入れた能力開発等について、旧肢体不自由児施設の有する人的、物理的資源を活用した支援のあり方を検討することが必要である。

2 事業内容及び手法

1) 全国肢体不自由児施設運営協議会に参加する 58 施設の運営状況調査

全国肢体不自由児施設運営協議会(以下、運協)は、昭和 37 年より年度ごとに入園児童児数、入園期間、病類別、年齢別入園児数、職員数、入院基本料別・診療行為別1人1日平均点数などの実態調査を行っている。この調査では、支援サービスの内容、医療収入、福祉収入比率など財政状況の調査項目に欠けがあり、運営改善を検討する基礎資料には不十分である。運協参加施設に経営状況に関する調査を実施し、平成 30 年度の運営状況調査(平成 30 年 3 月 1 日現在)の結果と突合してデータセットを作成し、運営状況を分析する。

2) 事例収集:新たな方針、取り組み、体制で運営している施設の事例収集

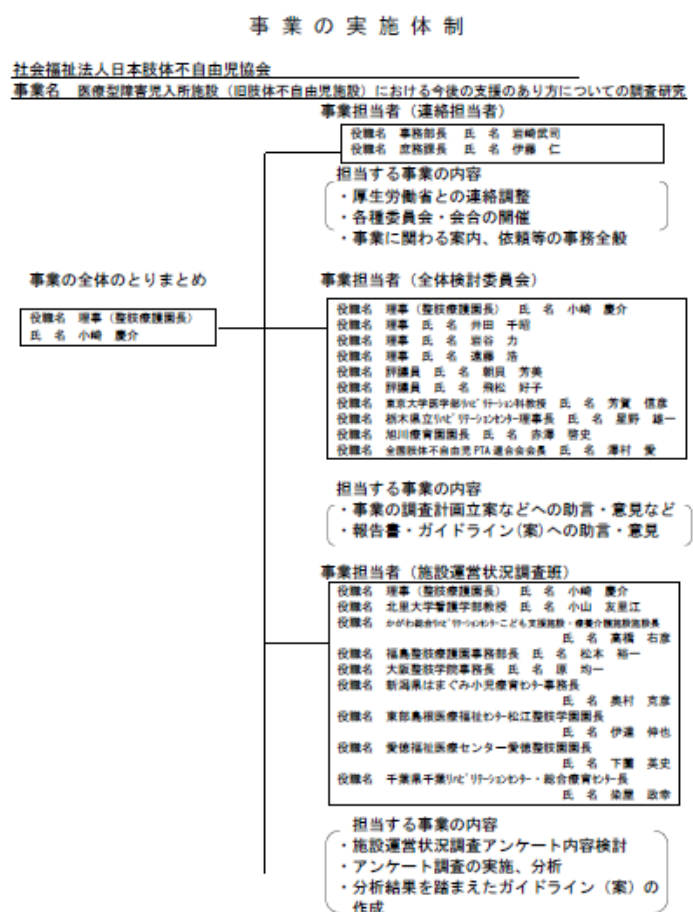
障害児とその家族の在宅生活の質の改善をめざして、短期入所事業(介護給付費)、障害児通所支援事業などに取り組んで成果を挙げている施設事例を収集する。

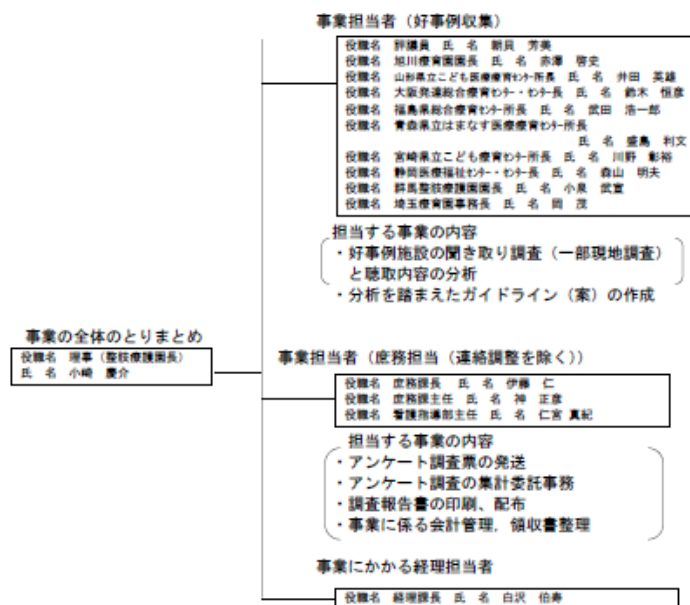
3) 運協施設における意見聴取: 第63回全国肢体不自由児療育研究大会(平成30年10月25日(木)～26日(金)福井県福井市)において、意見聴取の会合を持って、施設からの意見を聴取する。

4) ガイドライン(案)の作成

上記の調査結果を分析・検討し、旧肢体不自由児施設が今後担うべき支援のあり方についてガイドライン(案)を作成し全国の各施設へ提言することとした。

事業全体の実施体制は、下図に示すとおりである。日本肢体不自由児協会役職員を中心に構成し、学識経験者や運協理事を加えて、「全体検討委員会」・「施設運営状況調査班」・「好事例収集班」を構成した。





3. 調査方法

1) 施設調査

運協は、昭和 37 年より年度ごとに 3 月 1 日時点での入園児童児数、入園期間、病類別、年齢別入園児数、職員数、入院基本料別・診療行為別1人1日平均点数などの実態調査(以下「年次実態調査」)を行ってきた。(調査項目は 表 1 の通りである)

今回の調査では、これに倣い後述する追加データも含めて平成 30 年 3 月 1 日現在運協に所属している 56 施設のデータのうち福祉型障害児入所施設に転換した 1 施設を除いた 55 施設からデータ収集することとした。

年次実態調査では不十分と考えられた項目を、施設運営状況調査班により抽出した。追加項目の選定に当たっては、厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学研究事業)「障害児入所支援の質の向上を検証するための研究(北住班)」において実施した施設調査項目や厚生労働省による「平成 29 年障害福祉サービス等経営実態調査」における調査項目を参考にするとともに、特に有期有目的入所については、別途アンケート調査を実施した。(年次実態調査に追加して実施した項目を 表2 に示す。)追加調査表は、エクセルファイルとして作成し、旧肢体不自由児施設の事務担当者宛に電子的に送信し、回答も電子的に得た。

親子入園を含む有期有目的入所の利用者アンケートを含む実態調査は、上記調査とは別個に実施された。

2) 好事例調査

好事例調査は、運協の4地方ブロック(北海道・東北、関東・甲信越・静、東海・北陸・近畿、中国・四国・九州)毎に、運営や利用者サービスの点で推奨できる事例を互選で推薦し、その取り組みを調査することとした。

表 1), 運協・全国施設調査項目一覧

所在都道府県
設置主体
開設年月日
所在地
施設長名
事務長名
定員
職員数 (部門別)
職員数 (病棟別)
疾患・年齢別入所者数
疾患・期間別入所者数
疾患・年間新規入所者数
入所児・ADL 状況
入所児・大島分類
入所児・障害程度区分
入所児・入所理由
入所児・教育方法・就学状況
入所児・退所理由
入所児・退所先
診療報酬点数 (入院基本料別・診療行為別)
外来実施状況
併設事業実施状況
重症児施設併設状況
地域療育等支援事業実施状況
外泊状況
短期入所実施状況
児童デイ実施状況
小規模グループケア実施状況
入所児・重症心身障害認定状況・自閉症児認定状況
詳細病名別入所児数
成人病名
外来患者被虐待状況

表 2) 追加調査項目一覧

障害種別毎の支援加算認定状況
行動上の困難さの状況
服薬状況
利用料滞納状況
退所後児童のフォローアップ状況
日中活動実施状況
病棟スタッフによるリハビリテーション的アプローチ（病棟訓練）実施状況
合併症発生状況（骨折・外傷）
施設内感染症発生状況
感染防御体制（感染対策チーム・マニュアル整備状況）
健康保険の資格停止・無保険状態
経済的負担による通院見合わせ例の調査
医療費支払い滞納状況
保護者への支援実施状況
他機関との連携実施状況（児童相談所、その他の機関）
施設内連携状況
職員へのスキルアップ・処遇改善策・人材育成策
自治体加算措置
記録・請求の電子化状況
苦情対応状況
外部評価（第三者評価・病院機能評価）受審状況
医師の診療科・医歴年数・勤続年数
職員配置・勤務状況
直接支援職員配置・勤務状況
勤務形態別職員年齢分布・勤続年数分布
直接支援職員の経験年数
在籍児・入所経路別分布
在籍児・入所理由別分布
短期入所月別受け入れ状況
医療的ケア児（大島 1－4 非該当例）受け入れ状況
各職種別支払い平均給与
退職給付関連経費（掛け金、退職金支払い状況）
法定福利費支払額
事業活動収支状況（社会福祉法人会計、病院会計、）

4. 調査結果

[1] 施設実態調査: 年次実態調査は、福祉型に転換した 1 施設を除く、55 施設全てより回答を得た。追加調査に対する回答は、55 施設中 41 施設(回答率74. 5%)より得られた。以下に、各項目の結果と簡単な解釈を付す。

1) 施設定員と現員

表 3 に示す通り、調査対象全 55 施設(定員合計 3185)に 1788 名の児(者)が入所していた。このうち、重症心身障害児としての認定を受けていない入所児(旧来の「肢体不自由児」)は、1424 名であった。

なお、「定員」の考え方については、平成 24 年の児童福祉法改正により、旧肢体不自由児施設(肢体)と旧重症心身障害児施設(重心)がいずれも医療型障害児入所施設のカテゴリーにまとめられ、18 歳以上の障害者に対する療養介護との併設状況により、

医療型

医療型(区別不能※)＋療養介護(一体的)

医療型(区別可能※)＋療養介護(定員固定)

医療型(区別不能※)

医療型(区別不能※)＋療養介護(一体的)

医療型＋療養介護(一体的)

医療型＋療養介護(定員固定)

の類型となっている。肢体不自由児が利用する病床数が明示されている病棟についてはその病床数を、肢体不自由児が利用する病床数が明示されていない病棟については、肢体不自由児が最大限利用可能な病床数をそれぞれ定数とした。

それぞれの類型に属する施設数については以下の表の通りである。

医療型	16
医療型(区別不能※)＋療養介護(一体的)	7
医療型(区別可能※)＋療養介護(定員固定)	2
医療型(区別不能※)	1
医療型(区別不能※)＋療養介護(一体的)	10
医療型＋療養介護(一体的)	5
医療型＋療養介護(定員固定)	1

なお、平成 24 年 3 月以前の施設類型による施設数の分布は、以下の表の通りであった。

旧肢体	19
旧肢体＋旧重心	16
旧肢体＋療養介護	5
旧肢体＋療養介護＋旧重心	5

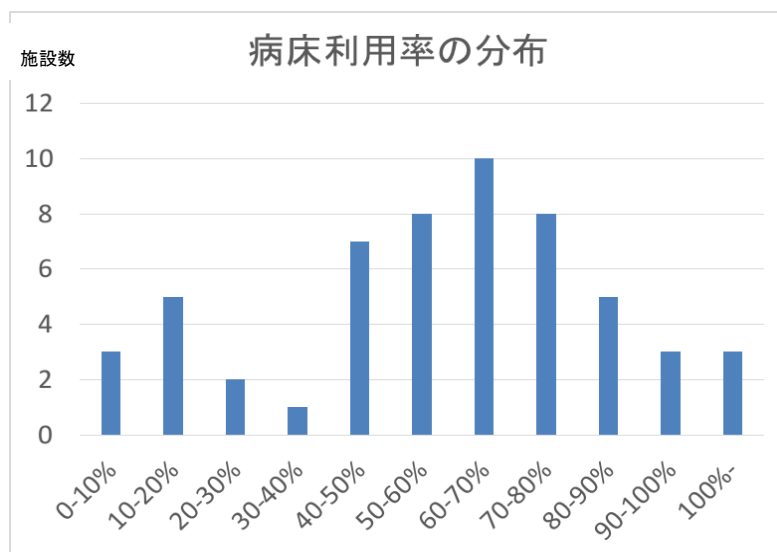
表3) 施設定員と現員

		入・通所児童定員(現員)						
		一般病棟	重度病棟	親子病棟	(計)	通園部門	合計	
合 計	56	(1,577)	(159)	(50)	(1,788)	(459)	(2,247)	←肢体不自由児
		(1,330)	(65)	(29)	(1,424)	(351)	(1,775)	
		2,945	130	110	3,185	1,075	4,260	
公立公営	18	(389)	()	(17)	(406)	(192)	(598)	←肢体不自由児
		(282)	()	(1)	(283)	(138)	(421)	
		807	40	48	895	395	1,290	
公立民営	14	(465)	(0)	(21)	(486)	(135)	(621)	←肢体不自由児
		(420)	(0)	(18)	(438)	(73)	(511)	
		693	0	50	743	335	1,078	
民立民営	24	(723)	(159)	(12)	(896)	(132)	(1,028)	←肢体不自由児
		(628)	(65)	(10)	(703)	(140)	(843)	
		1,445	90	12	1,547	345	1,892	

各欄中 上段：現員数（重心を含む） 中段：現員数（肢体のみ） 下段：定床数
 全 56 施設に合計 3185 床の入所病床があり、重症心身障害児者を含む入所児（者）数は、1788 名、重症心身障害児者を含まない肢体不自由児者の入所児（者）数は、1424 名であった。先述の通り、施設の状況により病床数の算定方法が異なるため、この数字を以て単純に肢体不自由児施設の病床利用率が 40・50% 台であるということとは出来ないことに留意されたい。

参考までに、各施設の定義した定員を基にした、病床利用率（現員/定員）の分布をグラフにすると下図 1 のようになった。

図1 各施設における病床利用率の分布



10%台を中心とする群と 60%台を中心とする群に分かれている。

2) 病類別入園児数

重症心身障害児を含む病類別入園児数を表4に示す。(疾患群名称が旧称となっているのは、従前の調査との整合性を図るためである)

脳性麻痺をはじめとする脳原性疾患が、60%以上を占めているが、その他の希少疾患も含めて多彩な基礎疾患を有している児が入所している。

表 4) 病類別入園児数 (重心を含む)

脳原性疾患	ベ ル テ ス 病	二 分 脊 椎	先 天 性 股 関 節 脱 臼	先 天 性 内 反 足	ア ル ト ロ グ リ ポ ー ジ ス	骨 系 統 疾 患	脊 柱 側 彎	外 傷 後 遺 症	神 経 ・ 筋 疾 患	デ ィ ス メ リ ー	骨 関 節 炎	そ の 他 整 形 外 科 的 疾 患	学 習 障 害 ・ 自 閉 症	染 色 体 異 常	そ の 他	計	児 童 入 園 定 員	一 日 平 均 入 園 児 童 数	入 園 率
脳性マヒ	775																		
その他	357																		
	63	57	8	7	4	64	4	28	82	1	1	47	8	114	168	1,788	1,788	31.9	100.0
	43.5	3.2	0.4	0.4	0.2	3.6	0.2	1.6	4.6	0.1	0.1	2.6	0.4	6.5	9.1	100.0			

3) 年齢別入園児数

表5に入園児の年齢別分布を示す。18歳以上のいわゆる「過齢児」が約20%を占めている。また、重度、重度重複の認定を受けている入所児が全体の28%を占めている。

表5)

年齢別入園児数										
(平成30年3月1日現在)										
累計施設数56施設										
0～6歳未満	6～13歳未満	13～15歳未満	15～18歳未満	18歳～	計	18歳未満			18歳以上	
						乳幼児	重度	重度重複	重度	重度重複
269	604	255	329	331	1,788	134	323	172	6	0
15.0	33.8	14.3	18.4	18.5	100					

平成29年度中の新規入園児の入所経路（表5－1）と入所理由（表5－2）を追加調査の結果より示す。

家庭からの入所1494例のうち921例(62%)は手術・集中リハビリテーション治療、ADL・生活習慣の確立、医療行為・医療的ケア等を目的とした有期有目的入所であった。家庭の事情による新規入園は102例であった。

表 5－1) 入園児の入所経路（追加調査41施設回答分）

家庭から	1494
他の福祉型障害児入所施設から	4
他の医療型障害児入所施設から	10
病院等医療機関から	64
(うちNICUから)	2
乳児院から	14
児童養護施設から	7
児童自立支援施設から	0
情緒障害児短期治療施設から	0
母子生活支援施設から	0
里親家庭から	4
学校寄宿舎から	4
児童相談所一時保護所から	6
その他	0

表 5-2) 入園児の入所理由 (追加調査 41 施設回答分)

ADL・生活習慣の確立	18
医療行為・医療的ケア	118
行動上の課題改善	1
学校での不適応・不登校	2
学校就学・通学のため	25
手術・集中リハビリなど	921
親の離婚・死別	2
家庭の経済的理由	3
保護者の疾病・出産等	31
保護者の養育力不足	39
虐待・養育放棄	25
きょうだい等家族関係	1
住宅事情・地域でのトラブル	1
その他	6

4) 重度・重症児、障害程度区分認定状況、理由別入所児童数

調査時点（平成 30 年 3 月 1 日）での、入所児の重度・重症児、障害程度区分認定状況、入所理由別分布を表 6）に示す。

表 6) 重度・重症児、障害程度区分認定状況、理由別入所児童数

理由別入所児童(者)数												
障害程度区分認定状況												
①被虐待児(障害)養護性に欠ける入所児(者)												
大島5～9												
大島1～4												
超重症												
準超重症児												
障害程度区分1												
障害程度区分2												
障害程度区分3												
障害程度区分4												
障害程度区分5												
障害程度区分6												
①被虐待児(者)												
家族病理親の出産・病气など												
8歳未満	8歳以上	18歳未満	18歳以上	20歳未満	20歳以上	21歳未満	21歳以上	22歳未満	22歳以上	23歳未満	23歳以上	24歳以上
580	179	157	88	76	18	101	23	0	0	0	0	1
35.1%	10.8%	9.5%	5.3%	4.6%	1.1%	6.1%	1.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
68	25	16	5	5	3	0.2%	0.3%	0.3%	1.0%	1.5%	4.1%	12.8%
212	203	123	7.4%	1.9%								

大島分類 1-4 に属する重症心身障害児が、全体の 45%を占め、大島 5-9 に属する「重心周辺児」まで含めると、60%に達する。また、超重症・準超重症児の占める割合は 13.2%と 7 人に 1 人弱となっている。被虐待児者は、14.3%を占めている。

5) 外来患者受診状況 (18 歳未満)

平成 29 年 2 月～3 月の任意の 1 週間に受診した 18 歳未満の外来患者の疾患別構成を表 7 に示す。

表 7) 外来患者受診状況 (18 歳未満) (※ 平成 29 年 2 月～3 月の任意の 1 週間に受診した外来患者)

(8-1)-1

主分類項目	1. 脳原性運動障害	2. 脊髄性運動障害	3. 脳神経疾患	4. 骨系疾患 (100 国際分類による)	5. 皮膚科疾患 (100 国際分類による)	6. 小児整形外科疾患 (小児科に特有の整形外科疾患)	7. その他の整形外科疾患	8. 精神障害、認知障害	9. その他	10. 眼	11. 耳鼻咽喉科	12. 皮膚科	13. 泌尿器科	14. 小児科	15. その他
サブ分類項目	脳性麻痺 血管障害・脳 神経障害 その他	二分脊椎 脊髄損傷 その他	運動失調 筋力低下 筋失調 その他	骨折 脱臼 変形性関節症 その他	多発性骨髄腫 神経線維肉腫 その他	先天性股関節脱臼 先天性股関節脱臼 先天性股関節脱臼 その他	外傷性骨折 外傷性骨折 外傷性骨折 その他	(特異性) その他	その他	眼瞼下垂 斜視 その他	中耳炎 外耳道炎 その他	皮膚病 皮膚病 その他	泌尿器科 泌尿器科 その他	小児科 小児科 その他	その他
13,027名	2,766	325	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24.0 %	23.7	2.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
504 *	39	19	21	3	1	5	0	1	1	0	0	16	0	2	3

脳性麻痺を中心とした脳原性運動障害の児の他、旧肢体不自由児施設の外来を多彩な疾患の児童が受診していることが示されている。脳原性運動障害を除いた受診児の最も多い疾患群は自閉症であった。

6) 外来患者受診状況（成人）

平成 29 年 2 月～3 月の任意の 1 週間に受診した成人患者の疾患別分布を表 8 に示す。成人患者では、脳原性運動障害の患者が 40 %程度を示した。これは、脳原性運動障害の患者の成人医療施設へのトランジションが困難であることを示唆している。

表 8) 外来患者受診状況（成人）（ ※ 平成 29 年 2 月～3 月の任意の 1 週間に受診した外来患者）

外来患者の診断病名(成人)

(8-2) - 1

主 分 目 類 項	1. 動 脳 障 原 害 性 運	2. 動 脊 障 髓 害 性 運	3. 疾 筋 患 患 ・ 神 経	4. 患 骨 系 系 統 統 疾 疾	5. 先 天 異 異 常 常	6. 疾 整 患 形 外 外 科 科	7. 体 害 異 知 常 的 ・ 障 染 色	8. て ん ん かん	9. そ の 他
4,245 名 100.0 %	1,772 名 41.7 %	183 名 4.3 %	99 名 2.3 %	53 名 1.2 %	52 名 1.2 %	625 名 14.7 %	244 名 5.7 %	208 名 4.9 %	1,009 名 23.8 %

7) 外来患者における被虐待児の状況

平成 29 年度に各施設にて確認された外来患者における被虐待児の状況を表 9 に示す。虐待類型では、ネグレクトが最も多く、年齢層では 1 学年あたりの数で見ると 3 歳から就学前の階層であった。

表 9) 外来患者における被虐待児の状況

外来患者における被虐待児調査

(8-3) - 1

待 年 児 間 被 被 数 虐	虐 待 の 種 類					年 齢 構 成 別 患 者 数					
	身体的虐待	ネグレクト	心理的虐待	性的虐待	その他	0～3歳	3歳～就学前	小 学 生	中 学 生	中学生以上	総 数
231 名	55 名	98 名	44 名	2 名	32 名	16 名	76 名	106 名	20 名	9 名	227 名

8) 教育方法・就学状況

入園児の教育方法・就学状況は表10の通りである。併設ないし隣接特別支援学校における教育が半数以上を占めている。

表10) 入園児の教育方法・就学状況

施 設 名	教 育 方 法								就 学 状 況							
	(1) 施 設 内 分 校 ・ 学 級	(2) 併 設 特 別 支 援 学 校	(3) 隣 接 特 別 支 援 学 校	(4) 病 室 授 業	(5) 近 隣 の 普 通 学 校 へ の 通 学	(6) 未 就 学 年 齢 児	(7) そ の 他		未 就 学 年 齢 児	義務教育適齢児				高 校	そ の 他	合 計
										小	中	就 学 猶 予 免 除	◇ 小 計			
合計	34	432	705	52	2	303	260	1,788	303	556	344	0	900	338	247	1,788
	1.9%	24.2%	39.4%	2.9%	0.1%	16.9%	14.5%	100%	16.9%	31.1%	19.2%	0.0%	50.3%	18.9%	13.8%	100%

9) 退園先施設

退園後の移行先施設について、次ページの表11に示す。

就職に至った児は2438例中で3例に過ぎなかった。

表 1 1) 退園先施設

施設名	病類別	退 園 先											計	考 備	
		(1)就学・転学		(2)他施設へ措置						(3)	(4)	(5)その他			
		(イ)	(ロ)	(イ)	(ロ)	(ハ)	(ニ)	(ホ)	就 職	死 亡	(イ)	(ロ)			
		特別支援学校 特別支援学級	普通学校	肢体不自由児 通園施設	その他の 児童福祉施設	身障法関係施 設	身障者職業 訓練校	その他			未就学年齢	その他			
計	脳源性疾病患	510 (48) (318)	132 (7) (75)	132 (104) (87)	25 (6) (15)	100 (0) (2)	1 (0) (0)	51 (2) (16)	1 (0) (0)	1 (0) (0)	372 (314) (285)	82 (7) (41)	1,407 (488) (839)		
	その他疾患	251 (17) (153)	236 (1) (110)	74 (44) (53)	42 (8) (21)	27 (0) (4)	0 (0) (0)	28 (3) (13)	2 (0) (0)	5 (0) (1)	312 (202) (172)	54 (5) (19)	1,031 (280) (546)		
	計	761 (65) (471)	368 (8) (185)	206 (148) (140)	67 (14) (36)	127 (0) (6)	1 (0) (0)	79 (5) (29)	3 (0) (0)	6 (0) (1)	684 (516) (457)	136 (12) (60)	2,438 (768) 1,365		

次ページ注釈を参照のこと

※ 医療型障害児入所施設（旧肢体不自由児施設）部門についてのみ計上。

(1) 平成29年3月1日から平成30年2月28日までの間に退園した児童について記入。

(2) 母子入園児童は（ ）内に再掲。

(3) 未就学児で、退園の時点において他施設へ措置しなかったものは(5)・(イ)に記入。

(4) 無認可の肢体不自由児通園施設に紹介・斡旋したものについては、(2)・(イ)に含めて記入。

10) 退園理由

退園に至った理由を次ページの表12に示す。

平成29年3月1日から平成30年2月28日までの間に退園した児童2437名中「入園療育の目的を一応達成したため」という理由が2309名と最も多くを占めていた。

表 1 2) 退園の理由

	病類別	退 園 別 理 由						備 考	
		1	2	3 対象児童でなくなったため			4		計
				(1) 満18歳に達した	(2) 満20歳に達した	その他 (死亡など)			
計	治療又は軽快し入園療育の 目的を 一応達したため	(親子) 有期有目的	(親子) 有期有目的	(親子) 有期有目的	(親子) 有期有目的	(親子) 有期有目的	(親子) 有期有目的	(親子) 有期有目的	
	脳源性疾病 1,327 (486) (834)	7 (1) (1)	47 (0) (2)	3 (0) (0)	22 (1) (6)	1,406 (488) (843)			
	その他疾患 982 (280) (540)	2 (0) (2)	17 (0) (0)	5 (0) (0)	25 (0) (4)	1,031 (280) (546)			
	計 2,309 (766) (1374)	9 (1) (3)	64 (0) (2)	8 (0) (0)	47 (1) (10)	2,437 (768) (1389)			

次ページに注釈

※ 医療型障害児入所施設（旧肢体不自由児施設）部門についてのみ計上。

（1）平成 29 年 3 月 1 日から平成 30 年 2 月 28 日までの間に退園した児童について記入。

（2）母子入園児童は（ ）内に再掲。

1.1）部門別職員数

施設の設置態様別に集計した部門別職員数を次ページの表 1.3-1 に示す。

1 1) - 2 診療科別医師勤務状況（追加調査：n=41）

診療科別（整形外科、小児科（内小児神経科）、内科、リハビリテーション科、精神神経科、小児精神神経科、歯科または口腔外科、遺伝科、外科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、脳神経外科、皮膚科、その他の診療科）に医師の勤務状況を調査した。調査項目は、勤務医師数（常勤・非常勤（実数）別に集計）、施設・診療科毎の医師経験年数中央値、専門医在勤数である。

内訳は、表 1 3 - 2 のとおりである。

診療科別医師勤務状況(n=41)

診療科	整形外科		小児科		(小児神経科(内数)) 内科				リハビリテーション科		精神神経科		小児精神科		歯科または口腔外科	
常勤・非常勤別	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
有勤務者施設数(a)	30	(17)	28	(21)	5	(3)	5	(3)	4	(4)	2	(7)	5	(5)	7	(13)
全体合計勤務者数(b)	64.0	(14.4)	96.0	(49.5)	25.0	(2.4)	11.0	(1.7)	7.0	(2.2)	3.0	(3.2)	7.5	(3.2)	9.0	(10.5)
在勤施設当たり平均勤務医師数(c=b/a)	2.1	(0.8)	3.4	(2.4)	5.0	(0.8)	2.2	(0.6)	1.8	(0.6)	1.5	(0.5)	1.5	(0.6)	1.3	(0.8)
施設当たり最大勤務者数	5	(3.1)	11	(13.0)	8	(2.0)	4	(1.0)	4	(1.0)	2	(2.0)	4	(1.2)	2	(3.0)
経験年数中央値(年)	38	(33.0)	44	(38.0)	44	(44.0)	24	(34.0)	12	(64.0)	23	(43.0)	21	(13.0)	21.11	(23.0)
最大値																
(報告施設数)	26	(12)	24	(15)	4	(3)	5	(3)	3	(3)	1	(5)	3	(2)	6	(7)
専門医平均在勤数(常勤+非常勤)	2.3		4.3		3.5		2.5		2.1		2.0		1.3		1.3	
(報告施設数)	23		19		2		2		4		3		5		7	

診療科	遺伝科		外科		泌尿器科		眼科		耳鼻咽喉科		脳神経外科		皮膚科		その他の診療科	
常勤・非常勤別	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
有勤務者施設数(a)	0	(6)	1	(6)	1	(10)	2	(4)	2	(12)	1	(3)	0	(4)	3	(8)
全体合計勤務者数(b)	0.0	(1.6)	3.0	(4.3)	2.0	(4.5)	2.0	(2.2)	2.0	(3.9)	3.0	(0.2)	0.0	(0.3)	14.0	(12.1)
在勤施設当たり平均勤務医師数(c=b/a)	-	(0.3)	3.0	(0.7)	2.0	(0.5)	1.0	(0.6)	1.0	(0.3)	3.0	(0.1)	-	(0.1)	4.7	(1.5)
施設当たり最大勤務者数	0	(1.0)	3	(2.0)	2	(1.0)	1	(1.0)	1	(1.0)	3	(0.1)	0	(0.2)	11	(9.0)
経験年数中央値(年)	0	(15.3)	24	(14.5)	0	(27.0)	29.1	(18.0)	26	(20.0)	14	(27.0)	0	(0.5)	19	(22.0)
最大値																
(報告施設数)	0	(1)	1	(3)	0	(7)	1	(2)	1	(7)	1	(2)	0	(1)	3	(5)
専門医平均在勤数(常勤+非常勤)	1.0		4.0		1.3		0.7		0.9		1.5		1.0		7.0	
(報告施設数)	1		1		4		3		6		2		1		2	

旧肢体不自由児施設における基幹診療科と考えられる整形外科、小児科について、いずれかの常勤医を確保することができない施設が、それぞれ約 4 分の 1 程度あることが判明した。

1 1 - 3) 病棟直接処遇職員の勤務経験状況（追加調査：n=41）

病棟直接処遇職員（看護師、准看護師、看護助手、保育士、指導員、介護福祉士、社会福祉士）について、平均経験年数を調査した。結果は下表 1 3 - 3 のとおりである。

職種	看護師	准看護師	看護助手	保育士	指導員	介護福祉士	社会福祉士
平均経験年数	11.7	11.6	7.0	10.2	10.6	7.6	8.3
報告施設数	36	21	21	35	23	16	10
経験年数中央値最大値	27.3	45	27	23	26.5	16	27

看護師、准看護師、保育士、指導員は概ね平均 11 年前後の経験を有していた。

看護助手、介護福祉士、社会福祉士の平均経験年数はやや少なく、7-8 年程度であった。

1 2) 入院基本料別・診療行為別 1 人 1 日点数

入園者 1 人 1 日あたりの請求保険点数を次ページ表 1 4 に示す。

障害者施設等入院基本料 2 を算定している施設が、全体の 75% を占めていた。

表 1 4) 入院基本料別・診療行為別 1 人 1 日点数

入院基本料等別・診療行為別 1 人 1 日平均点数調												
施設数	入院基本料等の別	1 人 1 日 平 均 点 数							合 計		累計施設数56施設	
		入院料	特 掲 診 療 科						計	その他の特掲 診療料	手術料 (麻酔科も含む)	計
			脳血管	運動器	呼吸器	障害児	摂食機能	障害児				
6	障害者施設等入院基本料 1	2,128.2	359.0	2.0	0.0	8.5	13.7	165.6	585.0	1,133.7	3,261.9	
38	障害者施設等入院基本料 2	1,776.9	197.0	8.0	0.0	28.7	6.0	81.2	138.8	459.7	2,236.6	
3	障害者施設等入院基本料 2 小児入院医療管理料 5	1,896.3	255.9	23.2	0.0	0.0	16.9	415.6	174.3	885.9	2,782.1	
3	障害者施設等入院基本料 4	1,477.9	56.2	0.0	0.0	73.9	8.0	2.8	94.6	1,713.4	3,191.3	
1	療養病棟入院基本料 1	1,545.5	425.8	0.0	0.0	3.4	3.4	0.0	1.1	433.8	1,979.3	
1	療養病棟入院基本料 2	1,946.3	814.4	16.2	0.0	0.0	16.1	139.8	168.8	3,101.6	5,047.9	
1	一般病棟入院基本料 1	4,046.0	35.2	19.3	0.0	0.0	0.0	112.9	99.4	266.8	4,312.7	
1	小児入院医療管理料 4	2,990.4	2.0	47.6	0.0	0.0	0.0	223.3	14.4	287.3	3,277.6	
1	一般病棟入院基本料 小児入院医療管理料 4	2,655.2	0.0	15.1	0.0	0.0	0.0	58.2	31.7	105.0	2,760.2	
1	福祉型障害児入所施設									0.0	0.0	
※ 入院料には、入院基本料・特定入院料のほか入院時食事療養費、特殊疾患入院施設管理料等の入院基本加算を含む。												

1 3) 医療型障害児入所施設（旧重症心身障害児施設）併設施設調

旧重症心身障害児施設の併設状況を表 1 5 に示す。

55 施設中 28 施設で旧重症心身障害児施設を併設しており、これに計 1363 名が入所していた。また、旧重症心身障害児施設を併設している 28 施設中 15 施設で社会的入所を受け入れていた。原因は、被虐待が最も多かった。

併設の有・無	開設年月日	年齢別入所児者数					社会的入所の理由						
		0～6歳未満	6～12歳未満	12～18歳未満	18歳～	合計	有・無	被虐待	一人親家庭	家族の疾病	経済的理由	その他	合計
28		75	147	166	975	1,363	15	62	20	27	1	359	469

1 4) 地域療育等支援事業

地域療育等支援事業の実施状況を表 1 6 に示す。

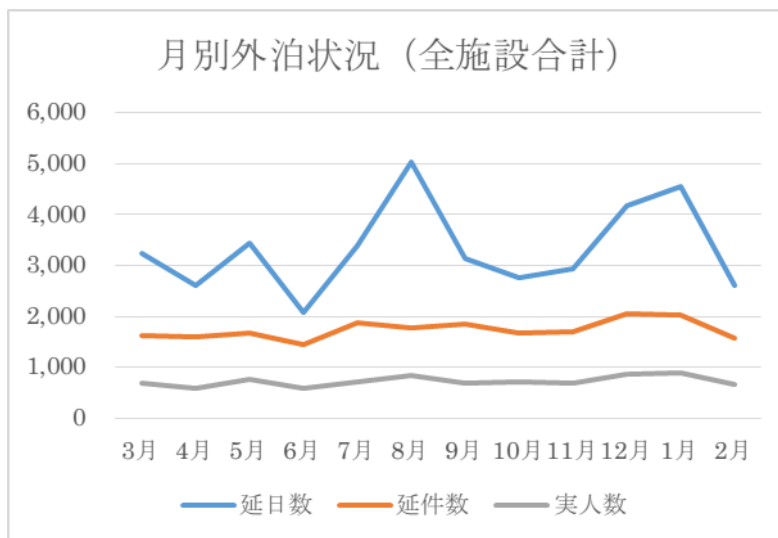
1.5) 外泊状況

親子入所、有期有目的入所を含んだ外泊の状況を表17に示す。

表17 外泊年間実施延べ数

延日数	延件数	実人数
39,953	20,916	8,709

図1 月別外泊状況



月別外泊状況では夏季休業時期と年末年始時期に延べ日数が多く、大型連休のある5月にも小さなピークがある。延べ件数や実人数には大きな変化が無いことから夏季休業時期、年末年始時期と大型連休には外泊1回あたりの期間が長くなることが伺える。

1.6) 短期入所実施状況

短期入所の実施状況を表18-1から示す。全55施設中52箇所で開催している。

短期入所事業について専任の職員を置いている施設が6施設あった。その職種は看護師、介護福祉士、保育士であった。送迎は3施設で行っていた。短期入所に係る特定費用の徴収は27施設で行われ、1日あたりの金額は60円から1600円であった。

表18-1) 短期入所実施状況

空床型	45
(内併設型あり)	(5)
併設型	7

表18-1) 短期入所利用状況

延べ利用件数										実利用者数									
利用 件数 合計	うち 宿泊 なし	指定種別別内訳			障害区分別					利用 件数 合計	うち 宿泊 なし	指定種別別内訳			障害区分別				
		身体	知的	児童	区分1	区分2	区分3	遅延	重症			身体	知的	児童	区分1	区分2	区分3	遅延	重症
17536		4346	2380	9829	79	194	2469	25	7788	4017		499	453	2741	14	116	485	11	1845

追加項目にて、短期入所の申し込み・受け入れ状況の季節的な変動を調査した。

表) 18-3 短期入所の申し込み・受け入れ状況の季節的な変動

短期入所月別申し込み・実施状況

	申し込み数(a)	実施数(b)	(b/a)
平成29年3月	1296	1418	1.09
平成29年4月	1201	1337	1.11
平成29年5月	1304	1447	1.11
平成29年6月	1315	1411	1.07
平成29年7月	1514	1576	1.04
平成29年8月	1530	1566	1.02
平成29年9月	1282	1432	1.12
平成29年10月	1320	1517	1.15
平成29年11月	1325	1507	1.14
平成29年12月	1391	1514	1.09
平成30年1月	1131	1251	1.11
平成30年2月	1176	1240	1.05

申し込み数 a に対する実施数 b の比(b/a)は、実施施設全体では1を超えており、需要を満たしているように見えるが、施設毎に精査すると、b/a 値が 0.3 を下回っていて需要に追いついていない施設もあり、地域によって状況が異なることが示唆された。

1.7) 旧児童デイサービス

旧児童デイサービスの実施・利用状況を表19に示す。

表19) 旧児童デイサービスの実施・利用状況

・旧児童デイ		1日当りの 利用定員 (名)	運営形態		(サービス管理者は除く)							送迎の実施		
サービス 事業の 有無	利用定員 (名)		児童発達支援センター											
			26		10人以下 (名)	11～20人以下 (名)	21人以上 (名)							
			内児童発達支援センター(福祉型)有 0											
有			保育所等訪問支援		常勤	非常勤	指導員	保育士	その他				有	
38	1109	897	0		314	107	52	182	170		130.3	171.7	105.2	15

56 施設中、38 施設で実施されている。

18) 小グループケア加算認定状況

表) 21-1 母子病棟における加算認定状況 9施設が小グループケア加算の届出を行って母子病棟を運営している。

母子病棟											
届出の 有・無	定員	現員	1日平均 利用人数	常勤職員(人)				非常勤職員(人)			備考
				指導員	保育士		その他	指導員	保育士	その他	
9	78	35	35.0	5	6		22	1	1	2	

表) 21-2 被虐待児に対する小グループケア加算加算認定を受けている施設は無かった。

被虐待児										
届出の 有・無	定員	現員	1日平均 利用人数	常勤職員(人)			非常勤職員(人)			備考
				指導員	保育士	その他	指導員	保育士	その他	
0	0	0	0.0	0	0	0	0	0	0	

表) 21-3 その他の児に対する加算認定状況 2施設のみ認定されている。

その他										
届出の有・無	定員	現員	1日平均 利用人数	常勤職員(人)			非常勤職員(人)			備考
				指導員	保育士	その他	指導員	保育士	その他	
2	12	6	8.0	1	6	3	0	0	5	

小グループケア加算の多くは、親子(母子)入園病棟に付けられていた。

1 9) 重症心身障害児（者）及び自閉症児としての認定状況

重症心身障害児（者）							自閉症児						
18歳未満児			18歳以上の者				18歳未満児			18歳以上の者			
該当児童数	協議児童数	受給者証取得済	該当児童数	判定済の者			該当児童数	協議児童数	受給者証取得済	該当児童数	判定済の者		
				区分5	区分6	以外					区分5	区分6	以外
648	13	568	132	0	6	0	0	3	0	0	0	0	0

重症心身障害児者を含む入所者 1788 名中重症心身障害児者と認定されている者は、780 名（約 44％）を占めていたのに対して、自閉症児の認定を受けていた者は3名であった。

2 0) 各種加算認定状況

	1) 重度障害児支援加算認定数	2) 強度行動障害児特別支援加算認定数	3) 重度重複障害児加算認定数
措置費	127	6	76
施設給付費(契約)	219	9	76

2 1) 行動上の困難さの状況（複数回答可）

前項目の加算認定状況に関わりなく、行動上の困難さを抱える児者は、次ページの表の如くであり、種々の行動特性を週1回以上示す児者が入所していることがわかる。

	強いこだわり	自傷行為	他傷、他害	奇声・著しい騒が	無断外出	激しい破壊行為
月1回程度	14	8	11	11	0	7
週1回以上	47	42	22	27	1	9
	著しい騒がしさ	多動・飛び出し行	寡動・行動停止	徘徊・放浪	盗癖	性的問題
月1回程度	8	2	0	0	1	2
週1回以上	7	23	2	10	0	3
	異食・過食・反す	不潔行為(弄便・弄火)	睡眠の乱れ	緘黙	その他	
月1回程度	4	14	0	14	0	0
週1回以上	6	29	0	36	0	0

2 2) 服薬の状況・内容（複数回答可）

向精神薬等					
抗てんかん薬	抗精神病薬	抗不安薬	抗ADHD薬	睡眠導入薬	その他
508	40	65	17	96	14

その他の疾患向け薬剤					
心臓疾患	喘息	貧血	腎臓疾患	糖尿病	その他
28	57	14	6	1	98

脳原性疾患は、しばしばてんかん性疾患を合併するが、その他にも不安・不眠の訴えの他に喘息、心臓疾患などの合併も少なくないことがわかる。

2 3) 退所した児童のフォローアップ（進路先への引継ぎ訪問、家庭訪問等を含む）

実施施設数	18
実施した場合の人数	59
実施した場合の回数	29.5

退所児童へのフォローアップ活動は、回答 41 施設中半数弱の 18 施設で実施されていた。

2 4) 施設としての、日中活動の取り組み

回答した 41 施設中 38 施設で、日中活動の取り組みについて具体的な回答を得た。

以下に、取り組み内容について自由回答内容を列挙する。

- ・リベロ活動(18 歳以上の余暇活動、5 回/W)
- ・病棟保育、社会適応訓練等
- ・未就学児童の集団保育（月曜日から金曜日の午前中 9:00~12:15)
- ・中学卒業児童活動（火曜日から金曜日の午前中 8:50~10:20
- ・親子入院対象に個別保育（週 3~4 回）、合同保育（1 クール 4 回実施（2 週間に 1 回）)
- ・ペアレントトレーニング（親子入院の付添い保護者対象に 1 クール 4 回実施（2 週間に 1 回）、その他、親子関係を見ながら必要時に実施）
- ・ソーシャルスキルトレーニング（個々の特徴に合わせて随時実施）
- ・月のつどい（2 か月に 1 回） 全児童が集まり誕生会・お楽しみ会
- ・なかよしタイム（2 か月に 1 回） 全児童が集まりゲームなど
- ・病棟会（毎月 1 回） 病棟の目標や生活についての話し合い
- ・生活代表委員会（毎月 1~2 回程度） 児童の自治的組織
- ・ティーンズルーム（中学生を対象に毎月 2 回）
- ・グループ活動、余暇活動、ベッドサイド保育等
- ・呼名、歌、手遊び、揺らし遊び、散歩、外出
- ・設定保育プログラムの実施・遠足外出企画・幼児保育室への通室等
- ・未就学児の保育活動(単独入所、親子入所それぞれに)
- ・毎月季節に応じた活動
- ・車椅子バスケ、生け花教室、自宅への自主外泊、外出行動など
- ・措置児外出支援、契約児退所前外出支援
- ・夏祭り、クリスマス会等、季節行事
- ・創作活動、音楽活動など
- ・在園児の大半は、平日は隣接する養護学校に登校しているため、土日祝日や長期の休校日等に療育支援員、保育士等が中心となり、個別支援計画をもとに利用者の希望やご家族の要望に沿った療育活動を個別及びグループごとに行っている。多くの利用者は障害が重症化しており、特に健康状態に常に配慮が必要な利用者が活動する際には、内容によっては医師、看護師等と協力・連携して取り組んでいる。さらに、リハビリテーションスタッフとの連携を図る体制も整えている。幼児に対しては週 1 回、保育士が個別に保育を実施

する時間を設けている。

主な活動内容：音楽活動（リズム遊び、楽器遊び、カラオケ）、身体活動（障がい者スポーツ、ユニバーサルスポーツ）、感覚刺激（音と光による感覚刺激、絵本の読み聞かせ）、戸外活動（外出支援、散歩、外気浴、シャボン玉）、創作活動（絵画、ちぎり絵、壁面等制作）、趣味（DVD鑑賞）

- ・日中活動：学籍児 6 名、保育：幼児 2 名
- ・週に 1 回こどもクラブ、幼児保育
- ・乳幼児への保育、ショート利用者への療育
- ・保育士によるレクリエーション活動
- ・リズム遊び、園外活動など
- ・音楽療法、製作、車いすダンス、季節行事活動、食育

2.5) 病棟スタッフによるリハビリテーション的アプローチ実施状況とその頻度（月平均延べ数）

起立訓練	531
歩行訓練	1939
ADL訓練	2961
その他	2870

入所者数全体から見ると、病棟スタッフによるリハビリテーション的アプローチ平均で月数回レベルの実施となる。

2.6) 骨折・外傷発生状況

骨折・外傷発生状況	
骨折 年間件数)	23
外傷 年間件数)	135

骨折は、1 施設あたり年間平均 0.5 回程度、外傷は 3 回程度となる。

2.7) 感染症発症状況

	発生件数	感染児延べ数
インフルエンザ	124	136
感染性胃腸炎	58	62
その他	116	211

回答 41 施設中 38 施設において、感染対策委員会（チーム）を設置し、感染対策マニュアルを策定していた。

2.8) 無保険児・医療費利用料滞納問題

- ・契約児童で利用料等滞納のまま退所した児童数（平成 29 年 4 月～平成 30 年 3 月の状況）は 17 名であった。
- ・健康保険が停止中あるいは無保険にある状態の（契約）児が入所しているケースが、3 施設で年間延べ 13 名あった。調査時点（平成 30 年 3 月 1 日現在）では、5 名であった。
- ・経済的理由による受診の差し控えが行われた施設はなかった。これは、自施設で医療サービスを提供可能であるが故のことであると考えられた。
- ・医療費の支払いの滞納事例は、調査期間中で 18 施設に延べ 367 名発生した。平成 30 年 3 月 1 日現在の未払い額の 18 施設での合計は、24,810,186 円に達した。1 施設あたりの最高額は 4,407,004 円、滞納事例を抱える 1 施設あたりの平均滞納額は 1,378,343 円となっていた。

2.9) 保護者等への支援状況

全施設において実施された保護者等への支援状況を表 30 に示す。

表 30) 保護者等への支援状況

	支援内容(重複回答可)	支援対象者数	1人当たり平均支援回数
(1)家庭復帰のための入所児童の保護者等に対する相談援助(保護者等への施設内又は保護者宅訪問による相談援助)	14	931	73.6
(2)家庭復帰後の入所児童の保護者等に対する相談援助	6	410	36.54
(3)里親への委託後における相談援助	1	2	13
(4)その他	1	5	13

保護者支援に関わっていると回答した職種は以下の通りであり、非常に多岐に渡る。

① 施設長・管理者	0
② 児童発達支援管理責	4
③ 保育士	8
④ 児童指導員	5
⑤ 生活支援員	9
⑥ 看護師	1
⑦ 介助員	7
⑧ 心理指導担当職員	0
⑨ 理学療法士	5
⑩ 作業療法士	8
⑪ 言語療法士	7
⑫ 職業指導員	5
⑬ 医師(嘱託医を除く)	0
⑭ 医師(嘱託医)	5
⑮ 栄養士	2
⑯ 調理員	3
⑰ 送迎運転手	3
⑱ 事務員	1
⑲ その他職種	4

保護者支援上の問題点（自由記載）

- ・保護者の希望と、児童の心身の状況に適切な支援とのギャップ
- ・措置には該当しないが、来所しない・治療や支援に応じない家族など支援が困難なケースへの対応
- ・人手が足りない
- ・（児童本人では無く）保護者中心の考えが多い傾向がある
- ・保護者とのやり取りで、齟齬が生じる事がある。
- ・保護者がいない場合。連絡がつかなく、医療的な対応等で直ぐに同意がいただけない場合。
- ・養育困難なケースでは、面会等がなく直接話ができず、支援の糸口が探りにくいことがある 保護者をサポートする方がいない
- ・職場内での連携が不十分
- ・保護者との面談時間が確保しにくい
- ・児童と保護者の思いや考えを合わせていくこと
- ・各専門職の時間の調整、確保が難しい。
- ・能力以上の ADL の向上、原籍校への復帰（学力、環境等）を希望される。
- ・相談内容が、障害福祉に対しての理解が低い、次施設への不満が多い。
- ・勤務、家庭状況、体調、遠方にお住まいなどの事情によりお話をする機会が設けにくいことあり
- ・措置入所児童で親の面会がほとんどない家庭があり、親の生活実態が把握できない。
- ・卒業後の生活について、措置の時代のイメージがあり、施設が動いてくれるように思っているケースがある。早めに卒業後の生活を考えていくように支援を進める。卒業後から年金支給がある 20 歳までの 2 年間の生活に不安を持っている。
- ・連絡の取りにくい保護者が数例いる
- ・入所から在宅移行する時、福祉サービス活用方法の理解に時間がかかる

3.0）他機関との連携

1）児童相談所

追加調査に回答した 41 施設中、3 施設では平成 29 年度中に児童福祉司の訪問がなかった。児童福祉司の訪問があった施設では、3.2 箇所の児童相談所から平均 5.9 回の訪問があった。

児童相談所とは、以下の表のような連携があることが報告された。その他は、主として電話や郵便、電子メール等によるケース毎の情報交換であった。

	施設数
1. 県単位で児童相談所と施設の定期協議を行っている	13
2. 定期的に児童相談所を訪問して協議を行っている	0
3. 不定期であるが児童相談所を訪問して協議を行っている	4
4. 特に行っていない	7
5. その他	15

入所児の18歳以降の処遇について、関係する児童相談所の対応は以下の通りであった。その他については、ケース毎の協議によるという回答であった。

	措置	契約
1. 18歳到達日以降の同一処遇延長は原則として認められない	2	4
2. 高校(高等部)卒業までは同一処遇延長が認められるが、それ以降は認められない	11	13
3. 高校(高等部)卒業以降も、事情により20歳までの同一処遇延長が認められる	24	17
4. その他	4	7

児童相談所以外の公的機関で、連携の実績があった施設は以下の表の通りであった。

旧肢体不自由児施設	9
異種障害児入所施設	11
学校・幼稚園・保育所	24
障害者通所施設	12
病院	20
診療所	5
警察	4
消防	1
その他の公的機関(児童相談所を除く)	14

その他の公的機関としては、自治体の障害福祉担当部署、福祉事務所、相談支援事業所、子ども家庭支援センター、訪問看護ステーション、訪問診療機関などが挙げられた。

他機関との連携支援にあたっての問題点・課題（自由記載）

- ・関係する機関が増えるに従い、より細かな情報共有が必要。

- ・医療型障害児の役割がホームページ等で明確化されていないため、他機関から施設であることが認識されにくい。紹介されたクライアントに誤解が生じやすい。
- ・県内に児童相談所が3箇所あるが、一部の対応が統一されていない
- ・退所後の通所先、入所先共に受け皿不足
- ・どこまで情報を伝えたらよいのか
- ・支援方針の共有がうまくいかない時がある
- ・複数の関係機関と一度に情報共有することが困難。対応について差が出る。
- ・医療と福祉のはざまで、制度上の問題から適切な支援が受けられないことがある、
- ・専任 MSW の配置がなく、看護師・児童指導員・心理判定員が横断的にその業務をシェアしているため、スピード感を持って対応できないことがある。
- ・児童の状況を理解してもらうこと
- ・家庭復帰や原籍校での環境調整（バリアフリーであるか、学校の加配の問題）
- ・制度上、障害児の入所サービスについては、児童相談所が専門的な判断を行うため、障害児支援利用計画の作成は不要となっているが、
- ・入所になると手当がストップしてしまう
- ・当センターは基本的に有期有目的で～2 ヶ月が多い
- ・入所すると保育所在籍も抜ける
- ・手続がややこしく面倒であること利用者から言われ間に入る
- ・学校とは月1回および必要に応じて情報交換の場を設けており、特に問題はない。
- ・年1回の児童相談所からの施設訪問が、もう少し情報交換の場になるとよい。
- ・常に情報共有を行いながら連携を図る。保護者への説明、同意を得てすすめていかなければいけない。
- ・施設・学校との連携でセンター側の窓口（担当者）を明確にしていなかったため、連絡が二重になるなど相手側に手間をとらせた。専任スタッフの配置が必要。
- ・（問題点）ICU から在宅への中間施設としての役割を期待されているがなかなか退所が進まない
- ・（課題）（施設ごとの）役割分担の明確化

3.1）施設内連携状況

- ・施設内職員による入所児童に対する支援会議やカンファレンスは、追加調査回答 41 施設中 37 施設で定期的に、1 施設で必要に応じて不定期に行われていた。1 施設では開催されていないとの回答であった。
 - ・児童1人のカンファレンスに要する時間は、15-20 分程度から 120-180 分程度とばらつきがあったが、平均 34 分であった。
- カンファレンスに参加する職種を集計すると以下の表の如くであり、多職種によるカンファレンスが開催されていることがわかる。

カンファレンス参加職種	施設数
① 施設長・管理者	13
② 児童発達支援管理責任者	21
③ 保育士	24
④ 児童指導員	19
⑤ 生活支援員	12
⑥ 看護師	24
⑦ ソーシャルワーク専任職員	9
⑧ 心理指導担当職員	13
⑨ 理学療法士	24
⑩ 作業療法士	23
⑪ 言語療法士	21
⑫ 職業指導員	0
⑬ 医師（嘱託医を除く）	19
⑭ 医師（嘱託医）	2
⑮ 栄養士	13
⑯ 調理員	1
⑰ 送迎運転手	0
⑱ 事務員	5
⑲ その他	8

その他の職種としては、学校教員が最も多かったがその他に、視能訓練士、歯科衛生士、相談員などが挙げられていた。

施設内連携における問題点（自由記載）

- ・特に問題なし
- ・支援に対する医療と福祉の考え方の違い等が散見される
- ・医師等が多忙のため、会議の日程調整が困難
- ・日程調整が困難
- ・カンファレンスで決められた事を守れず、独りよがりの支援をすることがある。
- ・開催日程の調整が困難である
- ・職員の業務への意識レベルによる差がみられる。
- ・職種による考え方(倫理観や優先すべき業務等)を互いに理解し協働することが重要。
- ・多職種間の情報共有が十分でない点
- ・勤務時間内でのカンファレンス等日程調整が難しい 目指す方向性は同じでも職種により方略が異なる場合合意点を見出すのは難しい
- ・会議以外のところでの連携が不十分
- ・定期のカンファレンスやケース会議により利用者情報は共有されているが、変更等について情報伝達が徹底されないことが時々あり課題である。今秋の電子カルテ導入に向けて、効率的確実的な情報共有システムの構築が期待されている。
- ・日時等の調整。
- ・カンファレンス後の各部署の支援内容や取り組み状況が把握しにくい
- ・日常業務の中でカンファレンスを開催するため時間調整が難しい

・年1回のケースカンファレンス、年2回の総合回診に加え、必要に応じて状況確認及び問題点の検討を行っており、連携を図ることはできている。

・参加者が多く、日程調整が難しい

・担当する全ての職種それぞれに業務があるため集まりにくく、会の開催回数が少ない。
また、問題があるとその都度必要な職種と相談をしているので、情報共有ができないことがある。

・退園支援に課題がある

・多職種、多人数での連携が必要となる為連絡調整、情報共有に時間が掛かる

32) 職員のスキルアップ、処遇改善等への取り組み、職員確保

医療専門職以外の資格保持者が在籍する施設数及び資格取得を励行している施設数は以下の表の通りであった。

	在籍施設数	資格取得励行施設数
①介護福祉士	24	7
②社会福祉士	24	3
③精神保健福祉士	9	3
④保育士	31	2
⑤知的障害援助専門員	0	1
⑥知的障害福祉士	0	1
⑦介護職員初任者研修修了 (旧:ヘルパー1級、2級)	7	1
⑧その他	2	2

⑧その他の資格としては、児童発達支援管理者、公認心理師、サービス管理責任者が挙げられていた。

資格取得者に対する処遇については、以下の表の如くであった。

	実施施設数
費用の補助	8
給与への反映	11
昇進等への反映	4

職員の施設外研修会等の参加の扱いについては、以下の表の如くであった。

	実施施設数
公費出張	10
有給・私費	17
休暇・私費	16
上司の裁量により公費出張	33
就業免除・私費	10

多くの施設で公費出張とするかどうかについて、取り扱いは上司の裁量に委ねられており、明確な規定に乏しいことが示唆された。

人材育成・確保の上での問題点（自由記載）

- ・医師、看護師、各療法士等医療スタッフの確保が困難。待遇改善を図る必要があるが、財源、法人内他施設に勤務する職員との均衡等が問題。
- ・資格職種については産休・育休代替職員の確保が困難。人事異動と専門性の向上との兼ね合い。
- ・育成をしても早期に退職してしまう
- ・働きやすい環境（有給の取得・子育て中の職員の託児・研修会の開催など）が充実して

いない。

- ・医師・看護師・介護福祉士の確保が困難
- ・看護師だけでなく、保育士・介護福祉士が採用困難職種となり、就職説明会を早い時期から回数を増やし実施している。産休・育休の代替職員の確保も難しい。
- ・求人への募集が少ない 経験を積んだ職員が異動になり、施設として支援するパワーが低下することがある 計画的な育成が難しい
- ・福祉職に対する 3K のイメージから募集が少ない
- ・入所児の個別性が強く個々の特性の理解やケアの習得に時間がかかる。新任者も多い。
- ・応募者には勤務条件（日勤のみなど）のある方が多く、配属部署が限られる
- ・看護師・介護福祉士の採用が困難となっている。
- ・当施設においても、介護職員の採用については応募がないという状況が長く続いており、人手不足による業務量の増加や休暇が取りにくい等、離職に繋がりやすい状況があり、更に人手不足になるといった悪循環になっている。また育成に関しても、外部研修等に参加することが困難となっている。
- ・看護職員や介護福祉士は、他施設・病院での経験があっても重心児・障害児への援助には慣れるまでに時間を要する。
- ・小さい施設であるため、研修をしようにも非効率的である。肢体不自由児に特化した研修企画は県内で実施してくれるところがなく、受講がどうしても県外になってしまう。施設内の研修では座学が中心になりグループワークで意見交換したくても参加人数に限りがあり有効なワークにはならない。異動がほとんどないため、マンネリ化してしまい、新しいことに取り組もうとするスタッフが少ない。中心部から離れた場所に位置しているため、非常勤を雇用しようと思っても、距離が遠いことを理由に断られてしまう。非常勤の雇用は施設独自で可能であるが、常勤の雇用は施設独自での裁量権がない。学生を受け入れ、当施設で働きたい気持ちがあっても、転勤があることが理由で他施設へ行ってしまふ。保育士業務より介護的な業務色が強いいため、募集をかけても集まらない。人数に余裕がないため、施設外の研修への参加が困難。
- ・募集に対して保育士、看護師の応募がなく、常に募集状態
- ・保育士・介護職員の確保が難しい状況がある
- ・医療、福祉での有資格者の採用、確保が困難
- ・研修受講などで職員配置が薄くなることもある"
- ・保育士、指導員、介護職員の確保が難しい。短期間で辞めてしまう。→実習施設でもあるので学生に対してのアプローチを強化する、入職後の教育体制を整備してやりがいをもって働けるようにする。

3.3) 福祉人材・ボランティアの育成等の事業は、18 施設で実施されていた。

その他の体験実習等の実施状況は、福祉人材・ボランティアの育成等の事業実施の有無に関わらず広く実施されており、下表の通りであった。

	実施施設数
① 小・中・高校生のボランティア・体験実習	20
② 民間ボランティア	30
③ 学校教員・教職免許の体験実習	8
④ 単位実習・保育士	19
④ 単位実習・社会福祉士・主事	7
⑤ 施設職員の現任訓練	2
⑥ 上記以外の受入れ	13

3.4) 自治体独自の加算措置については、職員配置等の事務費の補助を 9 施設が、事業費に対する加算措置を 6 施設が受けていた。

3.5) 事務・請求・記録等にかかる電子化の状況

報酬請求事務については、電子化が進んでいるが、児童の記録（カルテ）の電子化については半数以上が導入に至っていない。

	1. 導入済み	2. 導入予定	3. 導入検討中	4. 導入計画なし
指定入所支援の報酬事務	29	1	1	8
診療報酬事務	34	1	1	1
入所児童票(カルテ等)	17	4	9	9

3.6) 利用者や家族からの苦情の内容

	1. 施設運営に関する	2. 生活支援に関する	3. その他
施設数	13	9	17
投書件数	79	27	44

「3. その他」の項目（自由記載）としては以下の通りであった。

- ・ 個人に対するもの
- ・ 施設内備品の拡充に関する要望
- ・ 設備に関する要望
- ・ 診療に対する意見
- ・ 職員の接遇に関する意見
- ・ 外来受付時間
- ・ 保護者からの依頼の伝達ミス、ケガの原因について納得がいけないとの意見

3.7) 苦情への対応：利用者・家族等への説明・情報開示状況の頻度は下表の通りであつ

た.

	該当施設数
月1回程度	11
学期に1回程度	7
年に1回程度	11
説明・情報開示 は行っていない	8

具体的な苦情への対応方法について（自由記載）

- ・機関誌で生活の様子等について、家族にお知らせ。年2回～3回保護者との懇談会を実施。
- ・対応を院内に掲示
- ・施設の概要、職員の配置状況、事業実施状況等をHPで公開
- ・支援計画
- ・情報開示
- ・個別支援計画説明、保護者の希望確認等
- ・現状の説明と、可能な対応策について
- ・掲示板に投書内容と回答を実施。内容により直接説明等している。
- ・苦情への対応について情報開示している
- ・法人ホームページに掲載
- ・保護者に直接説明している
- ・苦情の内容によって、謝罪・改善策の提示などを行なっている
- ・対応の可否について掲示
- ・診療情報の開示
- ・契約に関する内容説明
- ・対応方法
- ・広報誌でご意見の件数、内容、苦情申出窓口の案内を掲載。
- ・苦情の有無については毎月発行の機関紙で報告。また、苦情があった場合は院内掲示などで報告。
- ・苦情解決委員会において保護者代表委員へ説明
- ・施設の現状及び施設からのお願い等
- ・苦情に対する回答をポスターにし掲示

要望の取り上げ方法については、大多数の施設が投書箱を用いていた他、苦情受付窓口や苦情解決委員会を設置している施設もみられた。

3 8) 重症心身障害児（大島分類 1－4）に相当しない医療的ケア児の施設受け入れ状況

・追加調査回答 41 施設中 19 施設で受け入れの実績があった。内訳は以下の通りであった。

措置児	契約児	短期入所
19名	59名	35名

受け入れ実績のある施設が、受け入れに当たって講じた対策は以下の通りであった。（自由記載）

- ・居室整備・職員加配
- ・なし
- ・2 人夜勤から 3 人夜勤へ
- ・特になし
- ・高柵ベッドの使用・必要時個室対応

受け入れ実績の有無に関わらず、受け入れに当たって更に必要と考えられる対策は以下の通りであった。（自由記載）

- ・人員増・他職種連携・危険無く自由に過ごせるような整備
- ・職員体制の拡充
- ・安全に過ごせる個室（スペース）の確保
- ・特になし
- ・スタッフの増員
- ・ミトン、高柵ベッド、個室の施錠など身体拘束が必要。
- ・職員の見守りが必要であり、職員配置の増員が必要。
- ・部屋の確保
- ・人員の配置
- ・安全管理面で人員配置の調整や環境整備等が必要となる

[2] 全国旧肢体不自由児施設有期有目的入所アンケート調査報告書

信濃医療福祉センター 朝貝芳美

1. 有期有目的入所の意義

チームアプローチによる集中訓練により運動機能だけでなく、体幹機能向上により上肢が使いやすくなり ADL の向上に結び付き、視知覚障害へのアプローチによる目と手の協調性の向上や学習面の向上、集団生活による能動的行動の拡大などがみられた。地元の普通学校に通学している例では、日常生活は受け身になることが多く、施設入所すると自分より障害の重いこどもの面倒を見る立場になり気持ちがリフレッシュし、積極的になれるといった感想を述べる子もいた。

2. 有期有目的入所の課題と対応

入所児の障害重症化により長期入所が多くなり、必要な時期に在宅障害児の入所集中訓練がしにくくなっている。集中訓練を実施するための訓練士の人数が不足している、スタッフルームが狭く訓練士の人数を増やせない。運動機能は重症心身障害（以下重心）児相当であっても、重心児と比較し肢体不自由児は給付費が低い。ベッドの回転率が高く、子供の体調などで急なキャンセルがあり稼働率が悪い。家庭から離れての入所は親離れ（子離れ）に慣れるまでに時間がかかり、子供（保護者）の心理面の対応にも手がかかる。年度当初は地元の学校に慣れる必要があり、利用が少なくなる。年度途中からの利用が多くなると、教員の増員が原則できないため隣接・併設特別支援学校先生の負担が多くなる。対応として当センターでは県と相談し年度途中からでも必要に応じて教員を増員していただいた。入所により特別児童扶養手当が支払われなくなる。集中訓練は繰り返し実施し日常で使えるレベルまで機能を向上させる必要があるが、希望者が多く運営上重心の長期入所が優先され、有期有目的入所のベッド数が確保できないため必要な時期の入所ができていない。家庭との綿密な連絡調整を行う必要があり、当センターでは 3 人の MSW が対応している。

運動機能予後予測と集中訓練のあり方が標準化されていないため、漫然と頻度の少ない通院リハビリテーションにより機能の向上する時期を逸している例もある。今後は必要な時期に必要な量と質のリハビリテーションが受けられるように、リハビリテーションのあり方を標準化し、通院のみでは子どもの持つ能力を最大限引き出せない場合は、通院頻度を増やす、入所集中訓練を実施するなど適切な対応が求められる。しかし運協アンケート調査で単独入所を実施している施設は 24 施設 75%であり、長期入所から地域生活支援のための有期有目的入所ができる施設を増やせるように国の施策も転換していく必要がある¹⁾。

3. 親子入所の課題²⁾

子どもの体調や、家庭の都合などで急なキャンセルがあり稼働率が悪い。環境の変化に慣れるまで子ども、保護者とも時間がかかる。海外からの保護者は、生活習慣や言葉の違いから集団生活に慣れにくい。

兄弟・姉妹の一緒に入院について核家族化を配慮して（預けるところがない）当センター

では許可していたが、現場からの要望で残念ながら禁止となった。母親が 1 か月家庭を離れる間、兄弟・姉妹の対応ができず、入所ができない例もある。

多くの例で複数回入所が必要で保護者も希望される。外来通院で機能向上が不十分な例では、必要な時期に入所を繰り返す必要がある。しかし予約が多く、1 年先まで満床の状況で、残念ながら複数回入所を制限せざるを得ない。

近年、被虐待、医療的ケア、強度行動障害等の状況を併せ持ち、福祉型入所施設では対応が困難な手のかかる障害児の入所もみられる。被虐待障害児は 2017 年の調査で、医療型障害児入所施設（旧肢体不自由児施設）に全入所児の 16.6%が入所している³⁾。

4. 有期有目的入所アンケート調査

旧肢体不自由児施設 57 施設に運協 ML を用いて有期間有目的で実施されている親子入所と単独入所に関するアンケート調査を実施した。また、当センターでは 2005 年～2017 年利用者 993 人にアンケート調査を実施し、対象児年齢は 11 ヶ月～10 歳、平均 5 歳 1 ヶ月、GMFCS レベルⅢは 22 例、Ⅳは 184 例、Ⅴは 528 例でレベルⅣとⅤの重症例が 97%であった。

32 施設から回答があり、回答率は 56%であった。親子入所を実施している施設は 18 施設 56%、単独入所を実施している施設は 24 施設 75%であった。実施できない理由として、「外来対応でニーズが満たされている:6」、「設備が整わない:5」が多く、「スタッフ不足（医師、看護師、リハスタッフ MSW、保育士）:2」、「看護師不足:1」、その他「ノウハウがない:1」、「スタッフへの説明や必要書類の整理をしてから対応:1」であった。

4-1. 親子入所に関して、期間は「1～2 か月:9」が多く、「目的により異なる:2」、「最短 1 週:2」、「最長 1 年:1」であった。目的は「集中訓練:16」、「保護者指導:14」が多く、その他「保護者間の情報交換:8」、「手術:2」、その他「保育」、「摂食指導」、「睡眠パターンの改善」、「養育不安軽減」、「養育環境の整備」、「ネグレクト防止・監視」、「検査」が各 1 施設など多様な目的で利用されていた。ベッド数は「2 床、7 床がそれぞれ 3 施設」「1 床、3 床、4 床、5 床がそれぞれ 2 施設」と多く、10 床以上は 3 施設のみであった。入所述べ数は 0 組が 2 施設あり、10 組未満が 4 施設みられた。一方、90 組以上が 3 施設あった。キャンセル率は 0～50%で、2 ケタの施設も 4 施設あった。平均予約待ち状況は 0～1 年までさまざまであったが 9 施設で予約待ちがみられた。ベッド稼働率 100%は 1 施設のみで 50%未満が 9 施設みられた。

4-2. 親子入所有効例

- ・頭部コントロールが向上し、視覚機能が向上した。
- ・座位が安定し、上肢機能（おもちゃに手を出す、両手動作、上肢の届く範囲など）や見ることが向上した。
- ・同時期に入所した友達に刺激され動く、歩く意欲が高まった。
- ・覚醒と睡眠のリズムが安定し、活動に集中できるようになった。

4-3. 親子入所利用者の代表的感想

- ・子供と日常を忘れて向き合え、さまざまな家族と知り合える機会になった。
- ・訓練以外の時間に子供こどもじっくり向き合えるのは、入所以外なかなかできない。
- ・効果の大きい小さいはあるが、入所前よりできることが増えた。
- ・集中してリハを受けられる施設は少ない。
- ・日頃では気づくことのできなかった小さな改善にも気づくきっかけになった。
- ・地元では目的がはっきりせず、何のために行っているのかわからなくなっていたが、目的に合わせてリハビリテーション内容が変わり、できること、好きなことがいろいろ見つかり良い変化がみられた。
- ・広い施設で自主練習ができる。
- ・様々な疾患のお子さんとそのご家族とのコミュニケーションで、理解が深まる。
- ・子供が「できた！」という達成感を感じるような働きかけをしてもらって、できることが増えた。
- ・てんかん発作があり、通院では移動で疲れてリハビリテーションができないこともあるので、子供の状態に対応できる入所のほうが良い変化がみられる。

4-4. 親子入所利用者アンケートの回答率は 74%、親子入所の満足度は満足、やや満足が 92%と高く、重症例が多かったが 87%がこどもに良い変化、機能向上がみられたと回答した。

4-5. 単独入所に関して、期間は「1～3 か月:8」「6 か月まで:8」が多く、最長 10 か月（必要があれば 1～2 年:2）、最短 1 週で、目的は「集中訓練:22」、「手術:20」が多かったが、その他「社会的入所:9」、「保存的治療:1」などがみられた。ベッド数は空床利用で「30 床未満:4」、「30 床以上:4」、「5 床以内:3」で、入所実人数も「利用 0:2」、「記載なし:3」、「10 人以下:7」、「20～50 人:7」、「50 人以上:4」であり施設によって利用実績は異なっていた。ベッド稼働率 50%以下が 5 施設みられた。キャンセル率は 2 ケタの施設も 6 施設あった。予約待ちのある施設は 6 施設で予約待ち状況は 1～12 か月までさまざまであった。

4-6. 単独入所有効例

運動機能の向上だけでなく、自分のことは自分でやろうとする意識がもてるようになった。依頼ができるようになった。異なった年齢の子供とのかかわりで成長したなどがみられた。

今後、平成 2018 年に成立した成育基本法の政策として肢体不自由児療育を位置づけ、リハビリテーション医療機能の残っている施設を拠点施設と定めて重点的に支援していく必要がある。また、地域生活を支援するために、機能予後予測に則り、必要があれば通院頻度を増やすあるいは入所集中訓練ができる施設に紹介するなど障害児リハ医療の標準化が求められている。

参考文献

- 1) 朝貝芳美、渡邊泰央：脳性麻痺児粗大運動に対する集中訓練の意義。リハビリテー

ション医学 2003;40:833 - 838.

- 2) 朝貝芳美 利用者へのアンケート調査による親子入所の意義。Jpn J Rehabil Med 2013;50(8),649-653.
- 3) 下山田洋三、小山友里江、米山 明：厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学研究事業）研究 障害児入所支援の質の向上を検証するための研究（研究代表者 北住映二）分担研究報告書 障害児入所施設（福祉型および医療型）における被虐待児童についての調査;97-150

[3] 好事例調査報告

北海道・東北地区，関東・甲信越・静地区，東海・北陸・近畿地区，中国・四国・九州・沖縄地区の4つの地区ブロックから，好事例を実施している施設を互選で8ヶ所推薦し，各施設より報告を求めた．

取り組み内容は以下の通りである．

- ・親子入園（入所）における多職種連携：4施設．
- ・地域療育施設への小児リハビリテーション研修会実施を通した多施設連携：2施設
- ・多施設連携：1施設
- ・対応困難児への多職種連携：2施設
- ・長期入所児の退園後フォローアップ，入園中の児への先輩後輩間のピアカウンセリング，退所後の地域生活支援の準備：1施設

以下に，各施設からの報告を掲載する．

好事例1) <小児の回復期リハビリテーション病院としての役割>

〇〇療育園（中国地方）

成人においては、急性期疾患に対する初期治療後には、回復期リハビリテーション病院を経て、自宅退院という流れがある。しかし、小児では急性期疾患治療後、落ち着いたら自宅退院、外来リハという流れになり、母親が障害受容などする間も無く、孤立し、ストレスを抱える事になりがちである。

当園では、旧肢体不自由児施設の頃から、急性期病院と連携して、このような子供と母親を母子入園という形で受け入れてきた。

単に事例を紹介するだけではイメージがわからないと思うので、具体例を提示する。

<症例>

既往歴： 1歳時に血小板減少性紫斑病発症し、ステロイド剤を服用
在胎、周産期異常なし。処女歩行は1歳

1. 入院までの経過

3歳半：発熱で発症し、翌日に嘔吐・下痢で急性期病院に入院

3日目：全身性強直性痙攣出現（3回の全身痙攣）し、急性脳症と診断された

NICUでは昏睡状態に陥っていたが、8日目には覚醒した。追視・頸定は不能、経管栄養

3週目：NICUから一般病棟に転棟

発症後6週目に当園紹介入園

2. 入園児の状態

低緊張性四肢麻痺あり。ADL全介助、経管栄養、発語なし

啼泣著しく睡眠覚醒リズムが大きく乱れ、母親は急性脳症になったことで不安やストレス、介護疲れ、また、妹の育児により、心身共に疲れていた。当初、母親は、自分の子供が突然のハンディキャップを抱えることになったことへのショックから十分立ち直れておらず、我が子の病気がこれからどうなっていくかを知りたいという反面、深く知ること恐怖を抱いている様子であった。

3. 入園後の経過：母子入院（発症後6週～17週）

生活リズムが整っておらず、昼夜とも関係なく、ぐずったりすることが多かった。母の休養のため、本児を母から離し、時間を決めて預かる。入所時からペースト食開始（経管併用）食事に時間がかかり、注入の時間が遅れるので、栄養士と相談、経口摂取量に合わせて注入する量や回数の調整

入園後10日目：表情が出て来た。経口摂取が少しずつ可能となり、チューブ抜去した。

- 20 日目：立ち始めた。発語が見られる、簡単なことは理解し始めた
- 25 日目：歩隔が大きいものの、独歩可能となった。簡単なやりとりが可能
- 5 週目：脳波検査を行い、小児神経科でフェノバール服薬開始
- 7 週目：有意語が増え、経口摂取可能（スプーンを口まで持ってくるのが可能）
- 9 週目：ピンチ、持ち替え可能、視覚認知障害
- 11 週：退院

退院時には語彙は 40-50 しかないが、3 語文を発するようになっている。一日の活動量や行動、興味の範囲が拡大することにより、決まった時間に昼寝をとり、夜間も深い睡眠が得られるようになった。着衣整容やトイレはうまくできないこともあるが、嫌がらず取り組めるようになった。「今後、今までできなかった事も出来るようになるかもしれない。そうなった時、それに自分が気づいてあげられるだろうか。自分が間違った対応をする事で、この子の能力を伸ばすことができないのではないだろうか。」という母親の不安は続いており、外来フォローを当面継続することになった。

4. 当園でのアプローチ

母親が退院後も不安なく子育てを続けられることを目標に掲げ、本児の回復状況に十分注意を払いつつ、母親の訴えをよく聞くことに努めた。ADL や生活面で不安なことは担当療法士とゆっくり話ができるよう中間カンファレンス後、訓練時間の最後の 10 分は母との面談に使えるように調整した。

最初、母親は不安に思っていることがあってもそれを解決する糸口すら見つけられず、時折涙を見せながら「先生から話を聞くと色々と考えてしまってパニックになる」「下の子供にも手がかかるのに、この子にも一層手がかかるようになってしまったら良いのだろう」といった漠然とした不安内容を訴えていた。また、訳のわからないまま、いきなりたくさんの荷物を背負うことになった母親に、問題を一つずつ整理していくことを提起した。そのような経過を経て、「家での経口摂取の練習はどのようなものを作ったら良いだろう。私に出来るでしょうか。」などの疑問点や、退院後の日常生活について「経済的な不安があるので、障害者手帳など利用できるものが活用したい。」「保育に行くようになると、普通の子の中では取り残されていくと思うので、心配。この子に合う所を探したい。」などの質問が聞かれるようになった。

上記の経過を通して、母親には自分が不安に感じている事柄が看護スタッフを通じて本児のリハに関わる全てのスタッフに共有されているという信頼感が醸成された。当初、母親の訴えの内容は、出来ないことへの苛立ちや悲観的な言葉が多かったが、次第にできるようになったことの報告、正常な状態との詳細な対比へと変容していき、笑顔も多くみられるようになっていった。急性期治療終了後すぐに家庭に戻るのではなく、回復期リハを通して、スタッフと課題を共有することにより、母親は本児の病像を徐々に受け入れることができ、養育へ前向きな姿勢が見られるようになった。

退園後、外来でのリハ

4歳2ヶ月 歩容は安定、時々発作がある、3語文可能、短期記憶障害あり

4歳半から保育園に通い始める

MA 2歳11ヶ月 IQ 69

DQ 移動運動 47 手の運動 78 基本的習慣 94 対人関係 86 発語 71 言語理解 65

5歳 PT 終了、OT、ST 継続

12歳 ST 終了、OT 継続 知的障害、高次脳機能障害を認める

好事例 2) <多施設によるモーニングカンファレンス>

△△療育センター（九州沖縄地方）

【目的】

多職種・多施設による学際的治療チームで行う肢体不自由児治療介入

【概要】

本県の脳性麻痺治療は医療型入所児施設を中心とし、こども病院や基幹病院を含めたチームで行われており、毎月 1 回（第二土曜日 7 時半～）定期的に合同カンファレンスを開催し、肢体不自由児の治療方針を適切な時期に議論し治療方針を決定している。

毎回 2-3 例：1 症例約 1 時間

参加者：小児科医、整形外科医、リハ医、PT、OT、担当看護師、患児と家族

参加施設：

△△療育医療センター

療育医療センター 2

療育医療センター 3

県立医療センター・こども医療センター

県立中部病院

大学整形外科

【合同カンファレンスのコンセプト】

治療方針について協議は多職種のメンバーが自由に発言。

治療法が本人や両親の必要性や期待に合致するか検討。

症例のゴールを設定し共通の認識を得て、手術目的を明確にする。

定期的な術後症例検討会や研究発表の実施。

【合同カンファレンスのメリット】

術前に多職種・多施設による学際的な治療チームで患児と両親を中心として関わる全ての専門家が自由に意見を交わすことで、適切な時期に治療介入を行うことができる。

一つの治療法に固執せず、個々の症例に合わせた治療法を組み合わせ対応できる。

治療目標を共有することで術後も一貫性のある継続した理学療法が可能となる。

好事例3 <小児リハビリ研修会> (△△療育センター) 九州沖縄地方

平成18年度から開始された小児リハビリ研修会を医療型障害児入所施設(主に肢体不自由)である△△県立こども療育センターが実施している。

【背景】

この事業が必要とされた当時の背景として、本県が南北に縦長の形状で高速道路などのインフラが整備されていない状況にあり、遠隔地(自家用車で片道1時間以上)の利用者から、通所の負担を訴えられており、当センターとしても巡回療育相談などにより地域間の不公平感を修正する目的で事業展開していたが、リハビリテーション頻度など利用者の満足度は十分でなかったことがあげられる。

また、県内各地域の小児リハビリテーションに係る病院・施設がごく少数に限られ、利用者が地元地域でリハビリテーションサービスを受けられる十分な環境にはなかった。これらの背景により、計画された事業が『小児リハビリテーション研修』であった。

【目的】

県内の肢体不自由児及び重症心身障害児(者)が、身近なところで、必要な診療、訓練及び相談が受けられる体制を整備するため、本事業に協力する病院の医師や訓練士等を対象に研修を実施し、小児リハビリテーションに係る技術の向上を図ることを目的とする。

【内容】

募集は本県内のPT、OT、STの各士会を通じた案内募集としている。

1) センター研修

隔週の3週間(5日間/1週)プログラム。

- ① 全日程受講(9名程度)
- ② 選択研修：本研修を未受講者で希望講義・実習のみ選択して受講(若干名)
- ③ リフレッシュ研修：本研修を既受講者で希望講義・実習のみ選択して受講(若干名)

2) 地域に出向いてのケース検討

本研修既受講者を対象に、その技術等の向上を図るため、希望のあった協力病院でケース検討等を行う。

好事例4 <△▲県肢体不自由児地域リハビリテーション支援事業> △▲療育センター
(北海道・東北地方)

1 はじめに

本県は全国3番目の面積を有している。当事業は平成17年度から実施しているが、それまで、肢体不自由児が専門のリハビリテーションを受けるにあたり、実施する医療機関が身近にない場合は、遠方の医療機関まで通う必要があった。このことは、肢体不自由児やその家族にとって大きな負担となっていた。

当事業は、肢体不自由児に対する理学療法や作業療法等のリハビリテーションを行う社会資源が不足している地域の医療機関に、△▲県総合療育センター（以下「療育センターという」の専門職員を定期的に派遣し、肢体不自由児への地域療育支援を行うことにより、地域医療機関のリハビリテーション技術を高め、療育技術の移転を図ることを目的とし実施している。

2 支援先医療機関

平成17年5月～▽▽市立総合病院、双葉厚生病院に対する支援開始

平成17年12月～△▲県立●●病院に対する支援開始

平成19年7月～▼▼厚生病院に対する支援開始

平成23年4月～▼▼◎○病院休止中（震災時の原発事故のため）

平成30年4月～△▲県立●○病院休止中（該当患者がいなかったため）

平成30年10月現在 ▽▽市立総合病院、▼▼厚生病院に対する支援を継続中

3 支援内容

ア 実施医療機関が肢体不自由児に行うリハビリテーションに関する技術的支援

イ 実施医療機関職員に対する研修等の実施

ウ 関係機関との連絡調整

エ 個別相談に対する助言

オ その他

4 実施体制

実施医療機関が、肢体不自由児にリハビリテーションを実施する際、療育センターの専門職員（医師、理学療法士、作業療法士又は保健師）を定期的に派遣し、支援を行っている。

5 経費負担

療育センターの専門職員の派遣にかかる費用は県が負担している。

また、肢体不自由児に対するリハビリテーションの実施に伴う診療報酬等については、実施医療機関の収入としている。

6 実施上の留意点

本事業を実施するにあたり療育センターと各実施医療機関が個別に協定書を締結している。また、連携体制をとるとともに、個人情報の保護について十分留意して実施している。

7 結果

事業開始から平成30年10月末現在までに、4つの医療機関に対して専門職員を計約990回派遣し、延べ約80名の肢体不自由児が地域の医療機関でリハビリテーションを受けることができた。

実施医療機関のスタッフ不足等から、なかなか技術移転には至らないが、直接的技術支援の他、症例検討会等を通して、情報の共有やアドバイスなどの支援を行っている。

好事例5 <親子入所における好事例> ◎〇療育センター（中部地方）

【はじめに】

念願かなって授かったわが子が障害を持っていると判明した時、どの親も途方にくれて絶望の淵に立たされる。そんな時に親子入所は医師・看護師による医療と看護、PT・OT・STによる集中的機能訓練、そして保育士による子供たちそれぞれの状態にあった保育をじっくり時間をかけて提供することができ一筋の光明ともなる。また、同じ境遇に立たされた親同士が情報交換をすることにより親の連帯感が増して孤立感を払拭することになり、子供の障害の受容が促進され、親子入所はこれからの子育てに立ち向かう第1歩となる。

今回親子入所終了時に提出された母親の感想文から得られた親子入所の好事例を示す。

【症例】

症例1：脳性麻痺（1才、男児）

里帰り出産。在胎34週、帝王切開にて出生。

1才時、地元にて脳性麻痺の診断を受け、リハビリを勧められたが家庭の事情で集中リハビリが難しい事情から実家で治療を受けることになった。

入所前の移動はズリ這いであった。

1回目入所（1か月間）での変化（リハスタッフの評価）

PT：頸椎正中位保持の安定化が得られた。

ズリ這い速度の向上が認められた。

介助座位での安定性の向上が得られた。

OT：左上肢での支持性の向上により腹臥位における右手動作範囲の拡大と向上が得られた。

ST：言語は7～10カ月。

（母親の感想）＊親子入所終了時の母親の感想文より抜粋

- 私も本人も友達ができ、色々と情報交換することができました。
- PTでは家で行うべき訓練の方法を教えていただき、とても勉強になりました。
- 四つ這い位ができるようになって本当にうれしいです。
- OTでは家庭での遊ばせ方と違う色々な遊びを教えてもらい、障害のある手を積極的に使うよう家でも工夫しようと思います。

＊全体の印象：満足（親子入所終了時のアンケート調査より）

2回目入所（1か月間）での変化（リハスタッフの評価）

PT：自力で四つ這い位となる頻度が増え、安定性の向上も見られた。

四つ這い移動が見られ始め、段差の乗り越えも可能となりつつある。

OT：右手の巧緻性の向上が見られた。

左手の認識の向上と積極的な使用が見られた。

ST：バイバイの動作、発語ができるようになった。

（母親の感想）＊親子入所終了時の母親の感想文より抜粋

- 腹這いが早くなりましたが、四つ這い位となることも増え、右手も左手も 1 歩ずつ出るようになり、段差も登れるようになりました。
 - ボタンを押すのも上手になりました。
 - 自分の行きたい方向を指さしてはっきりと意思表示ができるようになりました。
 - 週末に外泊で実家に帰る度に家族が驚いていました。
 - 私自身も他の入所中のママたちと沢山話をして色々な知識を得ることができました。
 - 父親同士の情報交換の場もあればいいなと思いました。
- *全体の印象：満足（親子入所終了時のアンケート調査より）

3 回目入所（1 か月間）での変化（リハスタッフの評価）

PT：伝い歩きができるようになった。

腹臥位からの立ち上がりができるようになった。

体幹支持性の向上による座位の安定化が得られた。

OT：上肢機能の向上による遊びの幅の拡大が認められた。

ST：沢山の言葉が出来てきている。「タ」、「ダ」などの新しい発音もみられる。

（母親の感想）＊親子入所終了時の母親の感想文より抜粋

- PT では体幹が強くなり、両手を離して割り座で座ってられる時間がとても長くなりました。
- つかまり立ちから横に動くこともできるようになり、歩くという目標に一步大きく近づけたような気がします。
- OT では指の細かい動きがとても上手になりました。
- ST では沢山の言葉が出てきていると先生に褒められました。
- 姿勢が良くなったおかげで発声も大きくなったようです。
- 同じ入院のママたちと楽しく過ごすことができた。

全体の印象：満足（親子入所終了時のアンケート調査より）

症例 2：脳性麻痺（2 才、女子）

在胎 29 週、緊急帝王切開にて出生。1 才 9 カ月時に脳性麻痺と診断される。

運動面では入所前の移動は四つ這いであったが、3 回にわたる親子入所の後では、壁伝い歩きも可能となっている。

1 回目入所（1 か月間）での変化（リハスタッフの評価）

PT：座位姿勢の改善が得られた。

四つ這い時の姿勢の改善が得られた。

伝い歩きが獲得された。

OT：人見知りの改善（入院にて他人との接触での過敏性の改善）が得られた。

椅子座位の安定性の向上が得られた。

上肢操作のバリエーションの向上が得られた。

ST：言語発達質問紙では 1:3～1:6 の発達であった。

(母親の感想) *親子入所終了時の母親の感想文より抜粋

- 今回、母子入院をして 1 か月間集中的にリハビリをすることでこんなに発達が進んだことに驚きました。
 - 家での生活の中で行うべきリハビリの仕方が分かった。
 - 保育の時間も娘だけでなく、私も楽しい時間で遊びの幅を広げることができました。
 - 外来だと限られた時間の中であるため何が子供の一番の問題点かが分からなかったのが、入院して関わる時間が増えたことで明らかになりました。
- *全体の印象：満足（親子入所終了時のアンケート調査より）

2回目入所（1 か月間）での変化（リハスタッフの評価）

PT：つかまり立ち、伝い歩きにおける姿勢の改善が得られた。

座位からの積極的な立ち上がり可能となった。

OT：遊びの拡大が認められた。

食事動作の獲得準備のためのスプーン操作くねれんの開始ができた。

(母親の感想) *親子入所終了時の母親の感想文より抜粋

- 外来では 1 週間に 1 回のペース、そして自宅では自分が訓練を行うということで伸びがなかった。
 - 今回、まわりのお母さんたちがほめてくれることで食べれることが多くありました。改めて、自分が毎日関わっている中で余裕がなくほめることが少ないことを実感しました。
 - 色々な遊びの幅を広げてもらえることはなかなか家でできることではないのでとても感謝しています。
- *全体の印象：満足（親子入所終了時のアンケート調査より）

3回目入所（1 か月間）での変化（リハスタッフの評価）

PT：下肢装具を装着して安定した立位保持が恐怖心なく可能となった。

立位から座位、座位から立位への移行が安定してできるようになった。また、床の上の玩具を拾い上げたり、背伸びをして高いところの物を怖がらずに取れるようになった。

OT：以前は姿勢が変わることに恐怖心を持っていたのが、姿勢の変換に慣れて、取り組める遊びが増え、遊び方の向上が認められる。

(母親の感想) *親子入所終了時の母親の感想文より抜粋

- 親子入所前よりも立位になる回数が確実に増えたことなど 1 か月間の入所の成果は確実に出ていますと実感できました。週末に家に帰ってきてても立位や振り向いての移動をよくしていました。
- OT で母子分離を経験させてもらって、よかったなと成長を実感させてもらいました。
- 一人になって考える時間ができたのは私にとっても娘にとってもいい経験をさせていたかったです。
- 今現在 2 才でイヤイヤ期真っ最中で私自身イライラしてしまうことが多く、娘に対して強い口調になってしまうのですが、各先生方のやりとりを聞いたり、見たりすることで私

がどのように対応すればよいか学ぶことができました。

*全体の印象：満足（親子入所終了時のアンケート調査より）

【考察とまとめ】

直近の親子入所好事例の2症例を示した。平成16年～25年の間に親子入所を経験した472名にアンケート調査を行っているが親子入所全体としての印象を満足・やや満足と回答した母親は89.5%と高い満足度を示している。また、項目別の回答では「家庭での訓練方法がよく分かった」、「子供に関わることに集中できた」、「子供に良い変化、機能の向上が見られた」と子供の機能に関することに肯定的な意見が多かったと同時に「母親自身のリフレッシュになった」、「他児の母親とのコミュニケーションや情報交換が良かった」と母親自身の心理的面での肯定的な意見もこの2例の好事例同様多く聞かれている。

好事例6) <親子入所>○○センター(信越地方)

1か月の親子入所での変化と保護者の感想です。

- ・頭部コントロールが向上し、視覚機能が向上した。
- ・座位が安定し、上肢機能(おもちゃに手を出す、両手動作、上肢の届く範囲など)や見る
ことが向上した。
- ・同時期に入所した友達に刺激され動く、歩く意欲が高まった。
- ・覚醒と睡眠のリズムが安定し、活動に集中できるようになった。

利用者の代表的感想

- ・子供と日常を忘れて向き合え、さまざまな家族と知り合える機会になった。
- ・訓練以外の時間に子供こどもじっくり向き合えるのは、入所以外なかなかできない。
- ・効果の大きい小さいはあるが、入所前よりできることが増えた。
- ・集中してリハを受けられる施設は少ない。
- ・日頃では気づくことのできなかった小さな改善にも気づくきっかけになった。
- ・地元では目的がはっきりせず、何のために行っているのかわからなくなっていたが、目的
に合わせてリハビリテーション内容が変わり、できること、好きなことがいろいろ見つかり
良い変化がみられた。
- ・広い施設で自主練習ができる。
- ・様々な疾患のお子さんとそのご家族とのコミュニケーションで、理解が深まる。
- ・子供が「できた!」という達成感を感じるような働きかけをしてもらって、できることが
増えた。
- ・てんかん発作があり、通院では移動で疲れてリハビリテーションができないこともあるの
で、子供の状態に対応できる入所のほうが良い変化がみられる。

好事例 7) ▼△療育園（近畿地方）

当センターで最近経験した好事例（手術と前後のリハビリテーションが実施された例）について、入院に至った経緯と入院中の集中リハビリテーションの内容について考察した。

* 単独入院の好事例

1) 入院に至った経緯から考えさせられること

5 例とも 7 : 1 看護体制の急性期・亜急性期病院で早々に手術を計画され入院するも、看護ケア体制が計画通りに及ばないために当院に依頼紹介例であった。

理由は、いずれも対象児が自閉的で、手術以前に入院中の食事を拒否したり嘔吐し、術前状態が悪化し手術が難しいだけでなく、一般小児病棟の環境には不応で入院継続が不可能のためであった。

肢体不自由児施設には一般病院の手厚い看護体制（7 対 1）だけでは対応できない障害児が紹介されることが多く、医療を進める以前のより手厚い入院環境が設定されている。

具体的には、対応する職種と子供に接する職員の多さである。ちなみに当院は病床数 120 床に対して、7 対 1 看護体制の下に約 400 名の職員を準備し、14 専門職種が子供に直接接している。

2) 入院後の手術、リハビリテーションから考えさせられること

入院直後から HPS（Hospital Play Specialist）が子供の不安を和らげるための環境整備を計画し、セラピストのみならず看護師、保育士、ヘルパー、指導員を含めた各メンバーらと、手術に至る日程に合わせた子供への接し方を協議・工夫して日常プログラムがきめられる。各事例毎に 12～13 職種の人達に関わることが多い。

好結果を得るためには、多職種が目的を一にして 8～15 週の長期にわたって子供の生活すべてに働きかける必要があり、特異的サービスのため一般医療機関では不可能である。

働きかける場面は、術前から子供の理解力に合わせて、これから子供自身に起きる手術や医療処置（麻酔や検査）が決して恐ろしいものではないことを何度も知らせることであり、食事場面や入浴場面、手術場の見学などを通して行う。

特に自閉の子供の場合、時間と回数を要するので職員の根気が必要。

3) 手術内容とリハビリテーションの関係

手術内容が小規模か大規模かに関わらず、術後のギプス固定や行動拘束は子供にとっては予想外の受け入れ難いことのため、主治医のみならず担当セラピストや看護師は周術期には何度も顔を出して子供の痛みや不安の訴えを聞く必要がある。できれば術直後から動かせる範囲で姿勢変換やハンドリングを開始することが必要。

両親家族には、子供の長期療育計画の中で今回の入院・手術がどの位置を占めるのかを詳しく説明し、今後の療育に対する協力をお願いしておく必要あり。子供の成長や異常発達に伴う家族間の受け入れ環境の変化が予想されるので、どのような時点でどこの誰に相談すべきかを示しておくことが必要であり、ケースワーカーの同席が必要である。

*親子入院好事例

- 1) 何故親子入院が必要になったかを確認しておくこと。

発達が遅いことにこだわる両親が一般的には多いので、発達を促すための一般論から説明して、対象児の特異的要素についての説明につなげていく必要がある。

- 2) 経口摂食の問題を抱えた親子入院で紹介されることが多い。

器質的口腔機能の障害が明らかになっている場合を除けば、栄養状態確保のためにチューブ栄養となっていることが大部分である。発達に伴う姿勢コントロールの機能変化に伴って飲み込みの機能が変わることの知識と実践が乏しいことが多いので、セラピストの役割はこれらを包括的に扱って、姿勢はPT、口腔機能はST などという分けた扱いを避ける必要あり。看護師、保育士、HPS を含めてセラピストと協力して対象親子入院の個別性に対応した扱いをする必要あり。

- 3) 家庭環境に合わせた自助具や簡単な手作り装具を提供すること

姿勢設定のために、ダンボールや発泡スチロールをカットしたり接着した椅子や起立台を準備して、家庭でも簡単にできる方法を示す必要がある。高価な玩具や装具はできるだけ避けること。

- 4) 育児が家庭療育の基本であることを何度もくりかえすこと。

あらゆる場面で、子供を守るのは両親（保護者）だけであり、セラピーは支援する以上のことはできないことを機会あるごとにお話しして、養育の自信と責任感を高める必要

*まとめ

図 1 に示したのは 3 年前の CP の国際学会でスイス・ベルン大学の先生が示した脳性麻痺と普通の健康人の人生経過を示した図です。脳性麻痺は遅れて成熟し、早く老化が始まることを示しています。重症か軽症かによって最低限の ADL にも到達できない人たちには、福祉サービスが必須だということです。

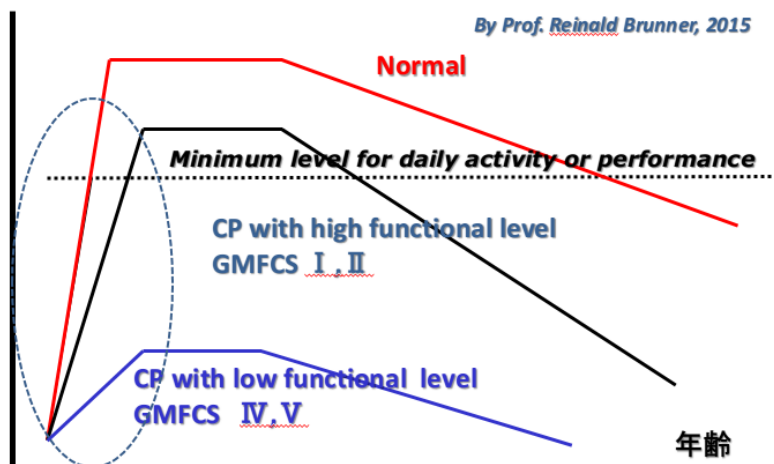
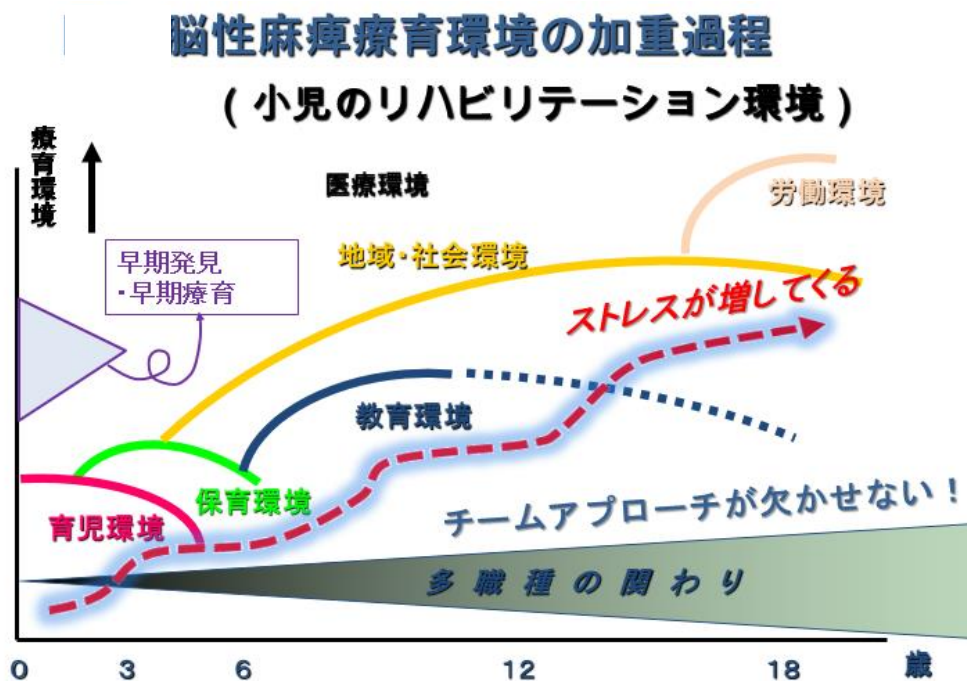


図2は18歳までの脳性麻痺の子供の発達の中で、いかにストレスが増してゆくかを示したものです。就学、就労などの経験の中で普通以上の強いストレスをつも重ねて痙縮やジストニアを増してゆく過程を示したものです。

今回の好事例を示すにあたり、脳性麻痺の本質的障害がどのあたりにあるのかを分析して、肢体不自由児施設が今後どのあたりのサービスを担うのかを考える参考になればと図を示しました。



参考文献：脳性まひ児の家庭療育（ナンシーフィニー著）医歯薬出版

好事例 8) ■□療護園（関東地方）

「自分さがし」の援助（性と性の教室・先輩との交流会・退所後のフォロー（OBOG 会の開催））

【はじめに】

当センター（医療型障害児入所施設）生活病棟は、肢体不自由のある（脳性麻痺、頭部外傷後遺症、二分脊椎等）幼少期から思春期の子ども 36 名が、家庭での養育困難等を理由に、家族と離れて長期生活をしている。その中で私たちは日常生活ケアを中心に看護を展開している。

子ども達は幼少期に入所する場合が多く、病棟の子ども達が思春期になると、施設にいることに疑問を持ち、自身の障がいや将来に不安を抱え自暴自棄になるということがある。そこで、このような時期の子どもが、自己肯定感を高め、これからの生き方を自分で考え行動できることを目的に、発表者らはその過程を育む「自分さがし」の援助を 2010 年より行ってきたので報告する。

【対象】

当センター生活病棟に幼少期から入所している思春期児童及び病棟出身者（以下、先輩とする）

【取り組み内容】

「自分さがし」の取り組みは以下 1) ～ 3) の内容であり、それぞれの取り組みの概要を示す。

- 1) 性と生の教室
- 2) 先輩との交流会
- 3) 退所後のフォロー

【子ども達の反応】

「性と生の教室」での子どもの様子や、先輩から寄せられた感想等を紹介する。対象者の発言内容に関しては、事前に本大会の記録集・発表に使用する旨を対象者に説明し、同意を得た。その際、個人が特定されないよう配慮すること、話したくないことは話さなくてよいこと等の説明を文面および口頭で行った。

1) 性と生の教室について（命の始まりから生まれる・障害を持って生きるみんなへ）

針先ほどの受精卵から細胞分裂を繰り返してヒトとして成長し、産まれてくるまでの間、自分が生きる為に指しゃぶりや呼吸の練習をしていたことに驚く子どもや、分娩シーンでは陣痛の辛さに顔をしかめる子どももいた。沢山の人がお産を支え、赤ちゃんが産まれると拍手や笑顔が見られた。赤ちゃん人形を一人ひとり抱っこし、大切に隣のお友達へ人形を渡すしぐさも見られた。

中には自分たちのように障がいをもって産まれた赤ちゃんもいること、産まれた後に様々な理由で障がいを持つことがあると知ると、「私だ」「僕もこうだったんだ」とつぶや

く様子があった。そして沢山の人が命を助けようと関わり、今の自分がいることを伝えると、「自分がどれほど頑張ってきたかが分かった」という声が挙がった。一方で、「私の場合は実際に何が原因で障害を持ったの」「僕のお母さんはどうしちゃったの」と、子ども一人ひとりの抱える障がいや生い立ちについて質問が多々生じていた。

卒業生からは、「性については、病棟にいる同世代の友達にも話しにくい内容であり、病棟の教室として自分たちの個別状況を踏まえながら、わかりやすい言葉で伝えてくれてありがたかった」、「『プライベートゾーン』は当時あまりピンと来なかったが、病棟から他施設に入所した際に、同性に介助を依頼することが当たり前のマナーである現状にさらされ、教えてくれていてためになった。」と、卒業後の生活の中で役に立ち重要性を感じていた。

2) 先輩との交流

「実際に先輩から、退所後の生活を聞く機会は貴重であり、普段なかなか外に出られないため、外話を聞けることは楽しみでもあった」、「学校の授業においても進路の話をしてくれたが、病棟で色々な進路に進んだ先輩から目の前で話を聞けて、質問もしやすかった」と、複雑な生い立ち背景を持ちながら共に病棟で日常生活を送った先輩との交流であるからこそ、自身の今後をよりイメージしやすい様子であった。

3) 退所後のフォロー(OB・OG会)

「退所後に同窓生や病棟の子どもや慣れ親しんだスタッフに会えるのが、楽しみである。退所してしまうと自分はもう部外者だと寂しく感じることもあるので、OGOB会は堂々と帰ってこられる貴重な機会になっている」、「退所後の生活での困ったことや身の上話をするが、あまり悩み事を話すというより趣味などの話をしている」、「OB・OG会を楽しみに、普段の生活を送れる」という意見が出された。

【考察】

このように、「自分さがし」の取り組みをきっかけに、子どもたちは病棟の仲間とともに「自分とはなにか」を考え、退所後も病棟を自身の原点としつつ人生を構築し続けている。しかし、仲間とは共有しづらい個別性の高い内容、例えば、「自分の生い立ちや家庭の詳細をもっと知りたい」との要望も生じている現状もある。今後は、一人ひとりの過去と向き合い、「生い立ちや障がい」を持つ対象児の今までの人生を意味づけし、これからの生き方を自分で考え行動する過程を育むことを課題に取り組んでいく必要がある。現在、児童養護施設などで取り組み始めている「ライフストーリーワーク」を参考に、個々の知りたいニーズにどのように対応していくべきか検討を行っている。今後も、「自分さがし」の取り組みを発展させ、よりよい援助を続けていきたい。

5. 調査結果に対する考察

1) 医療型障害児入所施設（旧肢体不自由児施設）における今後の支援のあり方のガイドライン（案）の策定

旧肢体不自由児施設は、76年前に高木憲次博士により設立された整肢療護園を源流として、多職種による手足の不自由な子どもたちの機能向上・学習機会の提供を通して、社会参加の機会の増大を目指してきた。

医療技術の進歩により、入所児の疾患構成が変化し、利用児の障害の重度重複化が進行するとともに、療育形態も入園中心から在宅療育への比重が高まってきている。

また、小児療育の経験が豊富な多職種を抱えていることから、近年ますます増大している発達障害への対応の多くを旧肢体不自由児施設が担っているところである。

さらに、平成28年児童福祉法改正により、「医療的ケア児」へ必要な措置を講ずることが求められるようになり、医療的対応資源を有している旧肢体不自由児施設がこの機能を果たすことが期待されている。

これらは、平成25年（2013年9月）の障害者基本計画（第3次）において示された、「障害児支援の充実のため、障害児やその家族を含め、すべての子供や子育て家庭を対象として、『身近な地域において、医療、リハビリテーション、教育・保育、指導訓練、自宅介護、短期入所、発達支援など必要な支援が受けられる体制の充実をはかること』、『最新の知見や技術を活用し疾病等の病因・病態の解明、予防、治療等に関する研究開発の推進すること』、『生活機能全体の維持・回復のため、リハビリテーション技術の開発を推進すること』、『医師・歯科医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の医学的リハビリテーションに従事する者の人材確保、教育の充実、資質の向上をはかること』、『障害の早期発見と早期療育を図るための療育の知見と経験を有する医療・福祉専門職の確保を図ること』」の方向性に応える物である。

さらに、平成26年には、障害児支援の在り方に関する検討会が「今後の障害児支援の在り方について（報告書）～「発達支援」が必要な子どもの支援はどうあるべきか～」において、今後の障害児支援の進むべき方向として、

- （1）地域における「縦横連携」を進めるための体制づくり
- （2）「縦横連携」によるライフステージごとの個別の支援の充実
- （3）継続的な医療支援等が必要な障害児のための医療・福祉の連携
- （4）家族支援の充実
- （5）個々のサービスの質のさらなる確保

が提言された。

このような観点を踏まえて、今回の調査結果から、旧肢体不自由児施設の支援体制の現状と問題点を見直すことにより、別紙のような「支援のあり方のガイドライン（案）」を示すことが可能となるものと考えられた。ただし、本ガイドライン（案）は今後も定期的に見直しを重ねて、その時々社会情勢に合わせて行くべきものと考えられる。

医療型障害児入所施設(主に肢体不自由児を入所させる施設)運営ガイドライン(案)

(目次)

第1章 総則

1 目的

2 障害児支援の基本理念

(1)障害のある子ども本人の最善の利益の保障

(2)地域社会への参加・包容(インクルージョン)の推進と合理的配慮

(3)家族支援の重視

(4)障害のある子どもの地域社会への参加・包容(インクルージョン)を子育て支援において推進するための
の後方支援としての専門的役割

3 医療型障害児入所施設の役割

4 医療型障害児入所施設の原則

(1)医療型障害児入所施設の目標

(2)医療型障害児入所施設における支援の方法

(3)医療型障害児入所施設的环境

(4)医療型障害児入所施設の社会的責任

5 障害のある子どもへの支援

第2章 医療型障害児入所施設の提供すべき支援

1 医療型障害児入所施設の内容

(1)発達支援

ア 本人支援

イ 移行支援

ウ 支援に当たっての配慮事項

(2)家族支援

ア ねらい

イ 支援内容

ウ 支援に当たっての配慮事項

(3)地域支援

ア ねらい

イ 支援内容

ウ 支援に当たっての配慮事項

第3章 医療型障害児入所施設支援計画の作成及び評価

1 障害児支援利用計画との整合性のある医療型障害児入所施設支援計画の作成と発達支援の実施 (障害児相談支援事業者との連携) ..

(1)障害児相談支援事業者による障害児支援利用計画案の作成と支給決定

(2)サービス担当者会議の開催と障害児支援利用計画の確定

(3)医療型障害児入所施設支援計画に基づく発達支援の実施

(4)障害児相談支援事業所によるモニタリングと障害児支援利用計画の見直し

(5)その他の連携について

2 医療型障害児入所施設支援計画の作成及び評価

(1)子どもと保護者及びその置かれている環境に対するアセスメント

(2)医療型障害児入所施設支援計画の作成

(3)タイムテーブル、活動プログラムに沿った発達支援の実施

(4)医療型障害児入所施設支援計画の実施状況の把握(モニタリング)

(5)モニタリングに基づく医療型障害児入所施設支援計画の変更及び児童発達支援の終結

第4章 関係機関との連携

1 母子保健や医療機関等との連携

(1)母子保健等との連携

(2)医療機関や専門機関との連携

- 2 保育所や幼稚園等との連携
- 3 他の医療型障害児入所施設センターや医療型障害児入所施設事業所等との連携...
- 4 学校や放課後等デイサービス事業所等との連携
- 5 協議会等への参加や地域との連携

第5章 医療型障害児入所施設の提供体制

- 1 定員
- 2 職員配置及び職員の役割
- (1)適切な職員配置
- (2)施設長の責務
- (3)施設長による組織運営管理
- ア 事業運営の理念・方針の設定・見直しと職員への徹底
- イ 複数のサイクル(年・月等)での目標設定と振り返り
- ウ 自己評価結果の公表
- エ コミュニケーションの活性化等
- オ 子どもや保護者の意向等の把握
- カ 支援の継続性
- 3 施設及び設備.....
- 4 衛生管理、安全対策
- (1)衛生・健康管理
- (2)非常災害・防犯対策
- (3)緊急時対応
- (4)安全確保
- 5 適切な支援の提供
- 6 保護者との関わり
- (1)保護者との連携
- (2)子どもや保護者に対する説明責任等
- ア 運営規程の周知
- イ 子どもや保護者に対する運営規程や医療型障害児入所施設支援計画の内容についての丁寧な説明
- ウ 保護者に対する相談援助等
- エ 苦情解決対応
- オ 適切な情報伝達手段の確保
- 7 地域に開かれた事業運営
- 8 秘密保持等

第6章 支援の質の向上と権利擁護

- 1 支援の質の向上への取り組み
- (1)職員の知識・技術の向上
- (2)研修受講機会等の提供
- 2 権利擁護
- (1)虐待防止の取組
- (2)身体拘束への対応
- (3)その他

第1章 総則

平成24年の児童福祉法改正において、障害のある子どもが身近な地域で適切な支援が受けられるように従来の障害種別に分かれていた施設体系が一元化され、障害児入所施設は福祉型と医療型に分類された。

しかし、旧来の肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、第1種自閉症児施設における施設基準は、主に肢体不自由児、主に重症心身障害児、主に自閉症児を入院させる施設として、そのまま存続することとなった。障害種別による差をなくすという理念は重要視されるべきではあるものの、実際の支援においては障害毎に、より特別に配慮する必要があるのも事実である。

特に旧肢体不自由児施設では、故高木憲次先生が述べられた「療育とは、現代の科学を総動員して不自由な肢体を出来るだけ克服し、それによって幸にも回復したら『肢体の復活能力』そのものを(残存能力ではない)出来る丈有効に活用させ、以て自活の途の立つように育成することである」という理念の元に行なっている療育の基本姿勢は今でも十分通用するものである。

児童福祉法の第七条で、児童福祉施設の一つとして障害児入所施設が規定されており、障害児入所支援とは、障害児入所施設に入所し、又は指定発達支援医療機関に入院する障害児に対して行われる保護、日常生活の指導及び知識技能の付与並びに障害児入所施設に入所し、又は指定発達支援医療機関に入院する障害児のうち知的障害のある児童、肢体不自由のある児童又は重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している児童(以下「重症心身障害児」という。)に対し行われる治療をいう。

平成26年7月に取りまとめられた障害児支援の在り方に関する検討会報告書「今後の障害児支援の在り方について」において、「障害児支援の内容については、各事業所において理念や目標に基づく独自性や創意工夫も尊重されるものである。その一方で、支援の一定の質を担保するための全国共通の枠組みが必要であるため、障害児への支援の基本的事項や職員の専門性の確保等を定めたガイドラインの策定が必要」との提言を受けた。これを受けて、平成27年4月に、「放課後等デイサービスガイドライン」を策定、また、児童発達支援については、支援の質の確保及びその向上を図り、障害のある子ども本人のための発達支援を提供していく必要がある。このため、今般、児童発達支援のガイドラインが策定されている。

さらに、さらに、平成28年児童福祉法改正により、「医療的ケア児」へ必要な措置を講ずることが求められるようになり、医療的対応資源を有している医療型障害児入所施設(主に肢体不自由児を入所させる施設)がこの機能の一部を果たすことが期待されているところである。

ここに、医療型障害児入所施設(主に肢体不自由児を入所させる施設)が提供すべき支援の内容を示し、支援の一定の質を担保するための全国共通の枠組みを示すために、「医療型障害児入所施設(主に肢体不自由児を入所させる施設)ガイドライン(案)」として策定し、公表するものである。

なお、本ガイドライン(案)は、医療型障害児入所施設(主に肢体不自由児を入所させる施設)において障害児入所支援を実施するに当たって必要となる基本的事項を示すものである。各事業所には、本ガイドライン(案)の内容を踏まえつつ、各事業所を取り巻く地域の実情や個々の子どもの状況を勘案して創意工夫を図り、提供する支援の質の向上に努めることが求められる。また、各事業所の不断の努力による支援の質の向上とあいまって、今後も本ガイドライン(案)の見直しを行い、本ガイドライン(案)の内容も向上させていくものである。

[以下の本ガイドライン(案)の記載においては、「医療型障害児入所施設」を「医療型障害児入所施設(主に肢体不自由児を入所させる施設)」と読み替えるものとする。]

1 目的

(1)この「医療型障害児入所施設ガイドライン(案)」は、医療型障害児入所施設について、障害のある子ども本人に対して質の高い医療・支援を提供するため、医療型障害児入所施設における医療・支援の内容や運営及びこれに関連する事項を定めるものである。

(2)各医療型障害児入所施設は、このガイドライン(案)において規定される医療型障害児入所施設を利用する児の支援の内容等に係る基本的な事項等を踏まえ、各施設の実情に応じて創意工夫を図り、その機能及び質の向上を図らなければならない。

2 障害児支援の基本理念

(1)障害のある子ども本人の最善の利益の保障

児童福祉法(昭和22年法律第164号)第1条において、全て児童は、児童の権利に関する条約の精神にのっとり、適切に養育されること、その生活を保障されること、愛され、保護されること、その心身の健やかな成長及び発達並びにその自立が図られることその他の福祉を等しく保障される権利を有する。」と規定され、児童福祉法第2条第1項において、「全て国民は、児童が良好な環境において生まれ、かつ、社会のあらゆる分野において、児童の年齢及び発達の程度に応じて、その意見が尊重され、その最善の利益が優先して考慮され、心身ともに健やかに育成されるよう努めなければならない。」と規定されている。このように、障害のある子どもの支援を行うに当たっては、その気づきの段階から、障害の種別にかかわらず、子ども本人の意思を尊重し、子ども本人の最善の利益を考慮することが必要である。

(2)地域社会への参加・包容(インクルージョン)の推進と合理的配慮

障害者権利条約では、障害を理由とするあらゆる差別(「合理的配慮」の不提供を含む。)の禁止や障害者の地域社会への参加・包容(インクルージョン)の促進等が定められており、障害のある子どもの支援に当たっては、子ども一人一人の障害の状態及び発達の過程・特性等に応じ、合理的配慮が求められる。また、地域社会で生活する平等の権利の享受と、地域社会への参加・包容(インクルージョン)の考え方に立ち、障害の有無にかかわらず、全ての子どもが共に成長できるようにしていくことが必要である。障害のある子どもへの支援に当たっては、移行支援を含め、可能な限り、地域の医療、保育、教育等の支援を受けられるようにしていくとともに、同年代の子どもとの仲間作りを図っていくことが求められる。

(3)家族支援の重視

障害のある子どもへの支援を進めるに当たっては、障害のある子どもを育てる家族への支援が重要である。障害のある子どもに対する各種の医療の提供と支援自体が、家族への支援の意味を持つものであるが、子どもを育てる家族に対して、障害の特性や発達の各段階に応じて子どもの「育ち」や「暮らし」を安定させることを基本に置いて丁寧な支援を行うことにより、子ども本人にも良い影響を与えることが期待できる。

(4)障害のある子どもの地域社会への参加・包容(インクルージョン)を子育て支援において推進するための後方支援としての専門的役割

障害のある子どもの地域社会への参加・包容(インクルージョン)を進めるため、障害のない子どもを含めた集団の中での育ちをできるだけ保障する視点が求められる。このため、専門的な知識・経験に基づく障害のある子どもに対する医療・支援を、一般的な子育て支援をバックアップする後方支援として位置づけ、子育て支援における育ちの場において、障害のある子どもの支援に協力できるような体制づくりを進めていくことが必要である。また、障害のある子どもの健やかな育成のためには、子どものライフステージに沿って、地域の保健、医療、障害福祉、保育、教育、就労支援等の関係機関が連携を図り、切れ目の無い一貫した支援を提供する体制の構築を図る必要がある。

3 医療型障害児入所施設の役割

(1)医療型障害児入所施設は、児童福祉法第6条の2の2第2項の規定に基づき、障害のある子どもに対し、医療型障害児入所施設において、日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練その他の便宜を提供するものである。

(2)医療型障害児入所施設は、児童福祉法等の理念に基づき、障害のある子どもの最善の利益を考慮して、医療と支援を提供しなければならない。

(3)医療型障害児入所施設は、障害のある子どもに対し、個々の障害の状態及び発達の過程・特性等に応じた発達上の課題を達成させていくための本人への発達支援を行うほか、子どもの発達の基盤となる家族への支援に努めなければならない。また、地域社会への参加・包容(インクルージョン)を推進するため、

保育所、認定こども園、幼稚園、小学校、特別支援学校（主に幼稚部及び小学部）等と連携を図りながら支援を行うとともに、専門的な知識・経験に基づき、後方支援に努めなければならない。

（４）地域における中核的な支援機関として、保育所等訪問支援や障害児相談支援、地域生活支援事業における巡回支援専門員整備や障害児等療育支援事業等を実施することにより、地域の保育所等に対し、専門的な知識・技術に基づく支援を行うよう努めなければならない。

（５）医療型障害児入所施設の目的を達成するため、専門性を有する職員が、保護者や地域の様々な社会資源との緊密な連携のもとで、障害のある子どもの状態等を踏まえて支援を行わなければならない。

（６）特に、医療型障害児入所施設（主に肢体不自由児を入所させる施設）においては、支援の目的目標と実施予定期間を明確に定めた有期有目的入所制度を積極的に活用し、障害のある子どもの地域における生活能力の向上に繋げることが望まれる。

４ 医療型障害児入所施設の目的

児童福祉法第四十二条により、医療型障害児入所施設は障害児を入所させて、支援（保護、日常生活の指導、独立自活に必要な知識技能の付与及び治療）を行うことを目的とする施設である。

（１）医療型障害児入所施設の目標

ア 乳幼児期は、障害の有無に関わらず、子どもの生涯にわたる人間形成にとって極めて重要な時期である。このため、医療型障害児入所施設においては、利用者が充実した毎日を過ごし、望ましい未来を作り出す力の基礎を培うために、利用者の障害の状態及び発達の過程・特性等に十分配慮しながら、治療を行うとともに子どもの成長を支援する必要がある。

イ 医療型障害児入所施設においては、障害の気づきの段階から継続的な支援を行い、将来の発達・成長の姿を見通しながら、日常生活や社会生活を円滑に営めるよう、今、どのような支援が必要かという視点を持ち、利用者の自尊心や主体性を育てつつ発達上の課題を達成させることが必要である。地域移行が困難である重症心身障害児などに対しては、子どもからの一貫した支援が必要となることが少なくなく、療養介護事業に円滑な移行が必要である。

ウ 医療型障害児入所施設は、利用者の保護者に対し、その意向を受け止め、利用者と保護者の安定した関係に配慮し、医療型障害児入所施設の特性や医療型障害児入所施設に携わる職員の専門性を活かして、支援に当たる必要がある。

（２）医療型障害児入所施設における支援の方法

医療型障害児入所施設の目標を達成するために、医療型障害児入所施設に携わる職員は、次の事項に留意して、障害のある利用者に対し、治療と発達支援を行わなければならない。

ア 一人一人の利用者の状況や家庭及び地域社会での生活の実態について、アセスメント（把握）を適切に行い、利用者と保護者のニーズや課題を客観的に分析した上で、利用者が安心感と信頼感を持って活動できるよう、利用者の主体としての思いや願いを受け止めること。

イ 利用者の生活リズムを大切にし、健康、安全で情緒の安定した生活ができる環境や、自己を十分に発揮できる環境を整えること。

ウ 一人一人の利用者の発達や疾病・障害の特性について理解し、発達の過程に応じて、個別又は集団における活動を通して支援を行うこと。その際、利用者の個人差に十分配慮すること。

エ 利用者の相互の関係作りや互いに尊重する心を大切にし、集団における活動を効果あるものにするよう援助すること。

オ 利用者が自発的、意欲的に関われるような環境を構成し、利用者の主体的な活動や子ども相互の関わりを大切にすること。特に、乳幼児期にふさわしい体験が得られるように支援を行うこと。

カ 利用者の成長は、「遊び」を通して促されることから、周囲との関わりを深めたり、表現力を高めたりする「遊び」を通し、職員が適切に関わる中で、豊かな感性や表現する力を養い、創造性を豊かにできるように、具体的な支援を行うこと。

キ 単に運動機能や検査上に表される知的能力にとどまらず、育つ上での自信や意欲、「発話だけに限定されないコミュニケーション能力の向上」、「自己選択、自己決定」等も踏まえながら、利用者のできること、得意なことに着目し、それを伸ばす支援を行うこと。

ク 一人一人の保護者の状況やその意向を理解し、受容し、それぞれの親子関係や家庭生活等に配慮しながら、様々な機会をとらえ、適切に援助すること。

（３）医療型障害児入所施設の環境

医療型障害児入所施設的环境には、医療型障害児入所施設に携わる職員や子ども等の人的環境、施設や遊具等の物的環境、更には自然や社会の事象等がある。医療型障害児入所施設は、こうした人、物、場等の環境が相互に関連し合い、子どもの生活が豊かなものとなるよう、次の事項に留意しつつ、計画的に環境を構築し、工夫して児童発達支援を行わなければならない。

ア 利用者自らが環境に関わり、自発的に活動し、様々な経験を積んでいくことができるよう配慮すること。

イ 利用者の活動が豊かに展開されるよう、医療型障害児入所施設の設備や環境を整え、医療型障害児入所施設の保健的環境や安全の確保等に努めること。

ウ 利用者が生活する空間は、温かな親しみとくつろぎの場となるとともに、障害の特性を踏まえ、時間や空間を本人にわかりやすく構造化した環境の中で、生き生きと活動できる場となるように配慮すること。

エ 利用者が人と関わる力を育てていくため、利用者自らが周囲の子どもや大人と関わっていくことができる環境を整えること。

(4) 医療型障害児入所施設の社会的責任

ア 医療型障害児入所施設は、利用者の人権に十分配慮することを徹底するとともに、利用者一人一人の人格を尊重して医療型障害児入所施設を行わなければならない。

イ 医療型障害児入所施設は、地域社会との交流や連携を図り、保護者や地域社会に、当該医療型障害児入所施設が行う医療型障害児入所施設の内容を適切に説明しなければならない。

ウ 医療型障害児入所施設は、常に計画に基づいて提供される支援の内容や役割分担について定期的に点検し、その質の向上を図られるようにしなければならない。

エ 医療型障害児入所施設は、利用者の個人情報適切に取り扱うとともに、保護者の相談や申入れ等に対し、その解決を図らなければならない。

5 障害のある子どもへの支援

乳幼児期は、子どもの成長が著しく、障害の有無に関わらず、周囲との信頼関係に支えられた生活の中で、適切な環境や活動を通じて子どもの健全な心身の発達を図りつつ、生涯にわたる人間形成の基礎を培う極めて重要な時期である。このため、医療型障害児入所施設に携わる職員は、子どもの障害の状態及び発達の過程・特性等を理解し、発達及び生活の連続性に配慮して医療型障害児入所施設を行わなければならない。また、子ども自身の力を十分に認め、一人一人の障害の状態及び発達の過程・特性等に応じた適切な援助及び環境構成を行うことが重要である。また、乳児から3歳未満の障害のある子どもの場合には、健康状態が不安定であること、生活習慣の育成に困難を伴うこと、保護者の障害の特性の理解等に困難を伴う時期であるとともに親子関係の形成期にあること等を踏まえながら、子どもの心身の発達等に即して支援を行う必要がある。3歳以上の障害のある子どもの場合には、個の成長と、子ども相互の関係や協同的な活動が促されるよう配慮しながら支援を行うとともに、地域社会への参加・包容(インクルージョン)を推進する観点から、できる限り多くの子どもが、保育所や認定こども園、幼稚園の利用に移行し、障害の有無に関わらず成長できるように、医療型障害児入所施設においては医療型障害児入所施設個別支援計画を組み立てる必要がある。

第2章 医療型障害児入所施設の提供すべき支援

1 医療型障害児入所施設の内容

医療型障害児入所施設は、障害のある利用者に対し、身体的・精神的機能の適正な発達を促し、日常生活及び社会生活を円滑に営めるようにするために行う、それぞれの障害の特性に応じた医療的、福祉的、心理的、教育的及び医療的な援助である。具体的には、障害のある利用者のニーズに応じて、医療的支援(治療)、発達支援(本人支援及び移行支援)、「家族支援」及び「地域支援」を総合的に提供していくものである。また、医療型障害児入所施設は、障害のある子どもの個々のニーズにあった質の高い医療・支援の提供が必要であり、そのためには、医療型障害児入所施設において、利用者それぞれに治療計画(短期、中期、長期)と個別支援計画を作成し、これに基づき、標準的な支援を提供していくものである。

この医療型障害児入所施設個別支援計画の作成に当たっては、標準化されたツールの活用も含め、利用者の多様なニーズを総合的に把握するためにアセスメントを行うことが必要である。この際は、利用者本

人の発達等の状況や家族・地域社会の状況のみならず、利用者や家族の意向を適切に把握することが必要である。このアセスメントを踏まえ、医療型障害児入所施設個別支援計画に、利用者本人のニーズに応じた「支援目標」を設定し、それを達成するために必要な支援について、「発達支援（本人支援及び移行支援）」、「家族支援」及び「地域支援」で示す支援内容から利用者の支援に必要な項目を適切に選択し、その上で、具体的な支援内容を設定するものである。なお、選択した支援内容の項目については、具体的な支援内容と共に、個別支援計画に明記することが必要である。適切な支援を提供するためには、適時のモニタリングにより、必要な支援の検討・改善を行うことが必要である。このためには、個別支援計画の見直し等を行う支援の一連の流れ、すなわちPDCAサイクル（Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Action（改善）で構成されるプロセス）が必要である。なお、これらの支援の結果は、記録・評価され、次の支援に活かしていくものである。

（１）発達支援

ア 本人支援

「本人支援」は、疾病・障害のある利用者が健康で個人の状況に応じた生育が進むような医療的な支援をすることはもちろんである。また、福祉的には、生活に関する領域「生活」、運動や感覚に関する領域「運動・感覚」、認知と行動に関する領域「認知・行動」、言語・コミュニケーションの獲得に関する領域「言語・コミュニケーション」、人との関わりに関する領域「人間関係・社会性」の５領域にまとめられるが、これらの領域の支援内容は、お互いに関連して成り立っており、重なる部分もある。また、この「本人支援」の大きな目標は、障害のある利用者が、将来、日常生活や社会生活を円滑に営めるようにするものである。

（ア）健康・生活

a ねらい

- （a）健康状態の維持・改善
- （b）生活のリズムや生活習慣の形成
- （c）基本的生活スキルの獲得

b 支援内容

（a）健康状態の把握

健康な心と体を育て自ら健康で安全な生活を作り出すための医療を提供する。また、病院として当然の機能である健康状態の常なるチェックと必要な治療を行う。その際、意思表示が困難である子どもの障害の特性及び発達の過程・特性等に配慮し、小さなサインから心身の異変に気づけるよう、きめ細かな観察を行う。

（b）健康の増進

睡眠、食事、排泄等の基本的生活のリズムを身に付けられるよう支援する。また、栄養的な配慮をしながら、楽しんで食事ができるよう、咀嚼・嚥下、姿勢保持、自助具等に関する支援を行う。さらに、病気の予防や安全への配慮を行う。

（c）リハビリテーションの実施

日常生活や社会生活を営めるよう、それぞれの子どものに適した身体的、精神的、社会的リハビリテーションを行う。

（d）基本的生活スキルの獲得

身の回りを清潔にし、食事、衣類の着脱、排泄等の生活に必要な基本的技能を獲得できるよう支援する。

（e）構造化等により生活環境を整える

生活の中で、さまざまな遊びを通して学習できるよう環境を整える。また、障害の特性に配慮し、時間や空間を本人に分かりやすく構造化する。

（イ）運動・感覚

a ねらい

- （a）姿勢と運動・動作の向上
- （b）姿勢と運動・動作の補助的手段の活用
- （c）保有する感覚の総合的な活用

b 支援内容

- （a）姿勢と運動・動作の基本的技能の向上

日常生活に必要な動作の基本となる姿勢保持や上肢・下肢の運動・動作の改善及び習得、関節の拘縮や変形の予防、筋力の維持・強化を図る。

(b) 姿勢保持と運動・動作の補助的手段の活用

姿勢の保持や各種の運動・動作が困難な場合、姿勢保持装置など、様々な補助用具等の補助的手段を活用してこれらができるよう支援する。

(c) 身体の移動能力の向上

自力での移動能力に応じて歩行、歩行器や車いすによる移動など、日常生活に必要な移動能力の向上のための支援をする。

(d) 保有する感覚の活用

保有する視覚、聴覚、触覚等の感覚を十分に活用できるよう、遊び等を通して支援する。

(e) 感覚の補助及び代行手段の活用

保有する感覚器官を用いて状況を把握しやすくするよう眼鏡や補聴器等の各種の補助機器を活用できるよう支援する。

(f) 感覚の特性(感覚の過敏や鈍麻)への対応

感覚や認知の特性(感覚の過敏や鈍麻)を踏まえ、感覚の偏り等の個性に配慮する。

(ウ) 認知・行動

a ねらい

(a) 認知の発達と行動の習得

(b) 空間・時間、数等の概念形成の習得

(c) 対象や外部環境の適切な認知と適切な行動の習得

b 支援内容

(a) 感覚や認知の活用

視覚、聴覚、触覚等の感覚を十分活用して、必要な情報を収集して認知機能の発達を促す支援を行う。

(b) 知覚から行動への認知過程の発達

環境から情報を取得し、そこから必要なメッセージを選択し、行動につなげるという一連の認知過程の発達を支援する。

(c) 認知や行動の手掛かりとなる概念の形成

物の機能や属性、形、色、音が変化する様子、空間・時間等の概念の形成を図ることによって、それを認知や行動の手掛かりとして活用できるよう支援する。

(d) 数量、大小、色等の習得

ここの障害特性にもよるが、数字・数詞対応課題、計数課題、数唱課題等の数概念や、形の大きさや重さ、色の違い等の習得のための支援を行う。

(e) 認知の偏りへの対応

認知の特性を踏まえ、自分に入ってくる情報を適切に処理できるよう支援し、認知の偏り等の個々の特性に配慮する。また、こだわりや偏食等に対する支援を行う。

(f) 行動障害への予防及び対応

感覚や認知の偏り、コミュニケーションの困難性から生ずる行動障害の予防、及び適切行動への対応の支援を行う。

(エ) 言語・コミュニケーション

a ねらい

(a) 言語の形成と活用

(b) 言語の受容及び表出

(c) コミュニケーションの基礎的能力の向上

(d) コミュニケーション手段の選択と活用

b 支援内容

(a) 言語の形成と活用

具体的な事物や体験と言葉の意味を結びつける等により、体系的な言語の習得、自発的な発声を促す支援を行う。

(b) 受容言語と表出言語の支援

話し言葉や各種の文字・記号等を用いて、相手の意図を理解したり、自分の考えを伝えたりするなど、言語を受容し表出する支援を行う。

(c) 人との相互作用によるコミュニケーション能力の獲得

個々に配慮された場面における人との相互作用を通して、共同注意の獲得とコミュニケーション能力の向上のための支援を行う。

(d) 非言語的コミュニケーション手段の活用

表情や身振り等の非言語的コミュニケーション手段を用いて、環境の理解と意思の伝達ができるよう支援する。

(e) 読み書き能力の向上のための支援

発達障害の子どもなど、障害の特性に応じた読み書き能力の向上のための支援を行う。

(f) コミュニケーション機器の活用

各種の文字・記号、絵カード、機器等のコミュニケーション手段を適切に選択、活用し、環境の理解と意思の伝達が円滑にできるよう支援する。

(g) 手話、点字、音声、文字等のコミュニケーション手段の活用

手話、点字、音声、文字、触覚、平易な表現等による多様なコミュニケーション手段を活用し、環境の理解と意思の伝達ができるよう支援する。

(オ) 人間関係・社会性

a ねらい

(a) 他者との関わり(人間関係)の形成

(b) 自己の理解と行動の調整

(c) 仲間づくりと集団への参加

b 支援内容

(a) アタッチメント(愛着行動)の形成

人との関係を意識し、身近な人と親密な関係を築き、その信頼関係を基盤として、周囲の人と安定した関係を形成するための支援を行う。

(b) 模倣行動の支援

人の動きを模倣することにより、社会性や対人関係の芽生えを支援する。

(c) 感覚運動遊びから象徴遊びへの支援

感覚機能を使った遊びや運動機能を働かせる遊びから、見立て遊びやつもり遊び、ごっこ遊び等の象徴遊びを通して、徐々に社会性の発達を支援する。

(d) 一人遊びから協同遊びへの支援

周囲に子どもがいても無関心である一人遊びの状態から並行遊びを行い、大人が介入して行う連合的な遊び、役割分担したりルールを守って遊ぶ協同遊びを通して、徐々に社会性の発達を支援する。

(e) 自己の理解とコントロールのための支援

大人を介在して自分のできること、できないことなど、自分の行動の特徴を理解するとともに、気持ちや情動の調整ができるように支援する。

(f) 集団への参加への支援

集団に参加するための手順やルールを理解し、遊びや集団活動に参加できるよう支援する。

イ 移行支援

地域社会で生活する平等の権利の享受と、地域社会への参加・包容(インクルージョン)の考え方に立ち、障害の有無にかかわらず、全ての子どもが共に成長できるよう、障害のある子どもに対する「移行支援」を行うことで、可能な限り、地域の医療、保育、教育等の支援を受けられるようにいくとともに、同年代の子どもとの仲間作りを図っていくことが必要である。また、医療型障害児入所施設においては、障害のある子どもの発達の状況や家族の意向をアセスメントし、地域において保育・教育等を受けられるように保育所等への支援を行う「後方支援」の役割が求められている。

(ア) ねらい

a 保育所等への配慮された移行支援

b 移行先の保育所等との連携(情報共有・調整)

c 移行先の保育所等への支援と支援体制の構築

d 同年代の子どもとの仲間作り

(イ) 支援内容

- a 具体的な移行を想定した子どもの発達の評価
- b 合理的配慮を含めた移行に当たっての環境の評価
- c 具体的な移行先との調整
- d 移行先との援助方針や支援内容等の共有
- e 子どもの情報・親の意向等についての移行先への伝達
- f 併行通園の場合は、利用日数や時間等の調整
- g 家族への情報提供や移行先の見学調整
- h 移行先の受け入れ体制づくりへの協力
- i 相談支援等による移行先への支援
- j 地域の保育所等や子育て支援サークルとの交流

ウ 支援に当たっての配慮事項

医療型障害児入所施設に携わる職員は、障害のある子どもの発達の状態及び発達の過程・特性等を理解し、一人一人の子どもの障害種別、障害の特性及び発達の状況に応じた支援を行うことが必要である。また、障害種別に応じて、設備・備品への配慮のほか、子どもや保護者との意思の疎通、情報伝達のための手話等による配慮が必要である。

視覚に障害のある子どもに対しては、聴覚、触覚及び保有する視覚等を十分に活用しながら、様々な体験を通して身近な物の存在を知り、興味・関心や意欲を育てていくことが必要である。また、ボディイメージを育て、身の回りの具体的な事物・事象や動作と言葉とを結び付けて基礎的な概念の形成を図るようなことが必要である。聴覚に障害のある子どもに対しては、保有する聴覚や視覚的な情報等を十分に活用して言葉の習得と概念の形成を図る指導を進める必要がある。また、言葉を用いて人との関わりを深めたり、日常生活に必要な知識を広げたりする態度や習慣を育てる必要がある。

知的障害のある子どもに対しては、活動内容や環境の設定を創意工夫し、活動への意欲を高めて、発達を促すようにすることが必要である。また、ゆとりや見通しをもって活動に取り組めるよう配慮するとともに、周囲の状況に応じて安全に行動できるようにすることが必要である。

発達障害のある子どもに対しては、スケジュール等の見通しをわかりやすくしたり、感覚の特性(感覚の過敏や鈍麻)に留意し、安心できる環境づくりが必要である。また、具体的又は視覚的な手段を用いながら、活動や場面の理解ができるようにすることや、人とかかわる際の具体的な方法や手段を身に付けることが必要である。

様々な要因により強い不安や緊張を示す子どもに対しては、活動内容や環境の設定を創意工夫し、情緒の程よい表出を促すとともに、人との関わりを広げていけるようにすることが必要である。また、少人数でゆったりと落ち着いた受容的な環境を用意することが必要である。

肢体不自由の子どもに対しては、幼児の身体の動きや健康の状態等に応じ、可能な限り体験的な活動を通して経験を広げるようにすることが必要である。また、興味や関心をもって、進んで身体を動かそうとしたり、表現したりするような環境を創意工夫することが必要である。

病弱・身体虚弱の子どもに対しては、病気の状態等に十分に考慮し、活動と休息のバランスを取りながら、様々な活動が展開できるようにすることが必要である。心臓病等により乳幼児期に手術等を受けている子どもは、治療過程で運動や日常生活上での様々な制限を受けたり、同年代の子どもとの関わりが少なくなるなど、学習の基礎となる経験が不足することがある。小児慢性特定疾病や難病等の子どもを含め、子どもが可能な限り体験的な活動を経験できるよう、医療型障害児入所施設は、主治医からの指示・助言や保護者の情報を3者で共有しながら支援を行うことが必要である。

医療的ケアが必要な子どもや重症心身障害のある子どもに対しては、心身や健康の状態、病気の状態等を十分に考慮し、活動と休息のバランスを取りながら、様々な活動が展開できるようにすることが必要である。また、健康状態の維持・改善に必要な生活習慣を身に付けることができるようにすることが必要である。さらに、子どもが可能な限り体験的な活動を経験できるよう、主治医や保護者の情報を共有しながら支援を行うことが必要である。

重症心身障害のある子どもに対しては、上記の重複するすべての障害への配慮が必要である。また、意思表示の困難さに配慮し、子どもの小さなサインを読み取り、興味や関心を持った体験的な活動の積み重ねができるようにすることが必要である。さらに、筋緊張を緩和する環境づくりと、遊び、姿勢管理により、健康状態の維持・改善を支えることが必要である。

(2) 家族支援

障害のある子どもを育てる家族に対して、障害の特性に配慮し、子どもの「育ち」や「暮らし」を安定させることを基本に、丁寧な「家族支援」を行うことが必要である。特に、保護者が子どもの発達を心配する気持ちを出発点とし、障害があっても子どもの育ちを支えていける気持ちが持てるようになるまでの過程においては、関係者が十分な配慮を行い、日々子どもを育てている保護者の思いを尊重し、保護者に寄り添いながら、子どもの発達支援に沿った支援が必要である。

ア ねらい

- (ア) 家族からの相談に対する適切な助言やアタッチメント形成(愛着行動)等の支援
- (イ) 家庭の子育て環境の整備
- (ウ) 関係者・関係機関との連携による支援

イ 支援内容

- (ア) 子どもに関する情報の提供と定期的な支援調整
- (イ) 子育て上の課題の聞きとりと必要な助言
- (ウ) 子どもの発達上の課題についての気づきの促しとその後の支援
- (エ) 子どもを支援する輪を広げるための橋渡し
- (オ) 相談支援専門員との定期的な支援会議や支援計画の調整
- (カ) 関係者・関係機関の連携による支援体制の構築
- (キ) 家族支援プログラム(ペアレント・トレーニング等)の実施
- (ク) 心理的カウンセリングの実施
- (ケ) 家族の組織化と定期的な面会
- (コ) 兄弟姉妹等の支援

ウ 支援に当たっての配慮事項

- 家族支援は、家族が安心して子育てを行うことができるよう、さまざまな家族の負担を軽減していくための物理的及び心理的支援等を行うことである。
- 家族支援は、大きなストレスや負担にさらされている母親が中心となる場合が多いが、父親や兄弟姉妹、さらには祖父母など、家族全体を支援していく観点が必要である。
- 家族が子どもの障害の特性等を理解していくための支援となるが、受容のプロセス及び態様は、それぞれの家族で異なることを理解することが重要である。
- 特に、子どもの障害の特性等の理解の前段階として、「気づき」の支援も重要な家族支援の内容であり、個別性に配慮して慎重に行うことが大切である。
- 家族支援において明らかとなってくる虐待(ネグレクトを含む)の疑いや心理カウンセリングの必要性など、専門的な支援が必要な場合は、適切な対応が求められる。
- 家族支援は、必要に応じて、障害児相談支援事業所、他の児童発達支援センターや医療型障害児入所施設事業所、居宅介護(ホームヘルプ)や短期入所(ショートステイ)等を実施する障害福祉サービス事業所、発達障害者支援センター、児童相談所、専門医療機関、保健所等と緊密な連携を行って実施することが必要である。

(3) 地域支援

障害のある子どもの地域社会への参加・包容(インクルージョン)を推進するため、医療型障害児入所施設は、関係機関との連携を進め、地域の子育て環境や支援体制の構築を図るための「地域支援」を行うことが必要である。

ア ねらい

- (ア) 地域における連携の核としての役割
- (イ) 地域の子育て環境の構築
- (ウ) 地域の支援体制の構築

イ 支援内容

- (ア)医療型障害児入所施設
- (a)連携・ネットワークの中核機関としての役割
- (b)保育所等訪問支援の実施
- (c)障害児等療育支援事業、巡回支援専門員整備事業の実施
- (d)保育所等の子育て支援機関との連携
- (e)他の医療機関、保健所、児童相談所等の専門機関との連携
- (f)児童委員、主任児童委員等地域の関係者等との連携
- (g)地域支援の体制の構築のための会議の開催
- (h)個別のケース検討のための会議の開催
- (i)（自立支援）協議会等への参加
- (j)要保護児童対策地域協議会等への参加
- (k)医療型障害児入所施設に対する理解促進のための地域集会等への積極的な参加

ウ 支援に当たっての配慮事項

- 地域支援は、支援を利用する子どもが地域で適切な支援を受けられるよう関係機関等と連携することのみならず、地域全体の子育て支援力を高めるためのネットワークを普段から構築しておくという視点が必要である。
- そのためには、支援を利用する個々の子どもに対する個別の支援会議から生じた課題等を地域の「（自立支援）協議会」において検討するなど、地域全体の課題として取り組んでいくことが重要である。

第3章 医療型障害児入所施設支援計画の作成及び評価

1 障害児支援利用計画との整合性のある医療型障害児入所施設個別支援計画の作成と発達支援の実施（障害児相談支援事業所との連携）

医療型障害児入所施設による支援の適切な実施に当たっては、障害のある子どもや保護者の生活全般における支援ニーズとそれに基づいた総合的な支援方針等を把握した上で、具体的な支援内容を検討し実施する必要がある。そのためには、障害児相談支援事業者と連携し、障害児支援利用計画との整合性のある医療型障害児入所施設個別支援計画の作成と実施が重要である。なお、障害児支援利用計画と医療型障害児入所施設個別支援計画は、個々の子どもの支援における合理的配慮の根拠となるものである。

（1）障害児相談支援事業者による障害児支援利用計画案の作成と支給決定

障害児相談支援事業に従事する相談支援専門員は、医療型障害児入所施設の利用を希望する子どもや保護者の求めに応じて障害児支援利用計画案の作成を行う。

○相談支援専門員は、子どもや保護者との面談により、子どもの心身の状況や置かれている環境、日常生活の状況、現に受けている支援、支援の利用の意向等を子どもや保護者から聞き取った上で、それらに基づいたアセスメントによりニーズを明らかにし、総合的な援助方針を提案する。

○そして、子どもや家族の意向と総合的な援助方針に基づき、個々の子どもの障害の状態及び発達の過程・特性等に応じた発達上の課題を達成させ、生活全般のニーズを充足するために、必要な支援を検討する。

乳幼児期の障害のある子どもへの支援には、児童福祉法に基づき、通所により発達支援を行う「医療型障害児入所施設」や「医療型医療型障害児入所施設」の他、重度の障害等により外出が著しく困難な障害児に対し、居宅を訪問して発達支援を行う「居宅訪問型児童発達支援」（平成 30 年 4 月施行予定）、保育所等を利用している障害児に対し支援を行う「保育所等訪問支援」がある。また、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号）に基づき、居宅で入浴や排泄、食事の介護等を行う居宅介護（ホームヘルプ）や、自宅で介護する人が病気の場合等に、短期間、施設で入浴や排泄、食事の介護等を行う短期入所（ショートステイ）等の障害福祉サービスが利用できる。障害児支援利用計画案は、これらの支援の中から、必要な支援を選択又は組み合わせ、個々の支援の目的や内容及び量について検討し、利用者又は保護者の同意のもと作成するものである。市町村は、作成された障害児支援利用計画案を勘案し、医療型障害児入所施設の利用についての支給決定を行うこととなる。

（2）サービス担当者会議の開催と障害児支援利用計画の確定

○相談支援専門員は、市町村による支給決定後、利用者や保護者の希望を踏まえて、支援を提供する事業者の調整を行い、それらの事業者等を集めたサービス担当者会議を開催する。医療型障害児入所施設を利用する場合、サービス担当者会議には、利用者や家族、医療型障害児入所施設の施設長や従業者、他の支援等を利用している場合にはその担当者、その他必要に応じて、利用者や保護者への支援に関係する者が招集される。サービス担当者会議では、障害児支援利用計画案の作成に至る経緯、利用者や保護者の意向と総合的な援助方針、ニーズと支援目標、支援内容等について参加者で共有する。サービス担当者会議の参加者は、障害児支援利用計画案の内容について意見交換を行うが、その際、医療型障害児入所施設の担当者は、発達支援の専門的な見地からの意見を述べるのが求められる。また、障害児支援利用計画案に位置づけられた当該事業所に期待される役割を確認するとともに、障害のある子どもが、地域の中で他の子どもと共に成長できるようにするため、子どもの最善の利益の観点から、支援の提供範囲にとどまらない意見を述べるのが重要である。相談支援専門員は、参加者による意見交換を受けて支援の提供の目的や内容を調整し、各担当者の役割を明確にした上で、利用者又は保護者の同意のもと障害児支援利用計画を確定する。確定した障害児支援利用計画は、利用者や保護者を始め、支給決定を担当する市町村、児童発達支援センター等の支援を提供する者に配付され共有される。

(3) 医療型障害児入所施設個別支援計画に基づく発達支援の実施

医療型障害児入所施設の医療型障害児入所施設個別支援計画は、施設長が、障害児支援利用計画における総合的な援助方針や、当該事業所に対応を求められるニーズや支援目標及び支援内容を踏まえて、児童発達支援の具体的な内容を検討し、作成する。医療型障害児入所施設は、作成された医療型障害児入所施設個別支援計画に基づき発達支援を実施する。

(4) 障害児相談支援事業者によるモニタリングと障害児支援利用計画の見直し

一定期間毎に、相談支援専門員は、子どもと保護者に対する面談により、障害児支援利用計画に基づいた支援の提供状況や効果、支援に対する満足度についてモニタリングを実施する。また、各事業者から支援の提供状況や効果について確認した結果、現在の支援がニーズの充足のために適切でなかったり、当初のニーズが充足してニーズが変化していたり、新たなニーズが確認された場合は、必要に応じてサービス担当者会議を開催し、障害児支援利用計画を見直す。サービス担当者会議において、医療型障害児入所施設の児童発達支援管理責任者は、その時点までの医療型障害児入所施設の提供状況を踏まえて、課題への達成度や気づきの点等の情報を積極的に述べ、必要に応じた障害児支援利用計画の見直しに寄与することが重要である。そのためには、医療型障害児入所施設の施設長は、施設長や従業者のうち、当該子どもの状況に精通した最もふさわしい者を参画させなければならない。障害児支援利用計画の内容が見直され、総合的な支援方針や児童発達支援センター等に求められる役割が変更された場合には、施設長は、必要に応じて医療型障害児入所施設個別支援計画を変更し、適切な発達支援を実施する。

(5) その他の連携について

医療型障害児入所施設による発達支援は、子どもや保護者への生活全般における支援の一部を継続的に実施するものである。このため、日々の支援を担う医療型障害児入所施設は、子どもや保護者のニーズの変化を細やかに把握することができる。また、継続的な関わりは、専門的なアセスメントを深め、潜在的なニーズの顕在化にもつながる。しかし、それらのニーズは、医療型障害児入所施設のみで対応できるものばかりではなく、他の支援機関による対応が必要な場合もある。その場合は適切な支援が調整され提供されるように、速やかに障害児相談支援事業者と連絡を取り合う必要がある。

以上のように、障害児相談支援事業者と医療型障害児入所施設の関係性は、単に相談支援専門員が作成した障害児支援利用計画に基づき、児童発達支援管理責任者が医療型障害児入所施設個別支援計画を作成し、支援を実施するという上下の関係にはない。医療型障害児入所施設から障害児相談支援事業者へ積極的に働きかけ、子どもや保護者の生活全般のニーズを充足するための双方向のやり取りを行う関係であることに留意して連携する必要がある。

2 医療型障害児入所施設個別支援計画の作成及び評価

施設長は、医療型障害児入所施設を利用する子どもと保護者のニーズを適切に把握し、医療型障害児入所施設が提供すべき支援の内容を踏まえて医療型障害児入所施設個別支援計画を作成し、すべての従

業者が医療型障害児入所施設個別支援計画に基づいた支援を行っていけるように調整する。また、提供される支援のプロセスを管理し、客観的な評価等を行う役割がある。

(1) 子どもと保護者及びその置かれている環境に対するアセスメント

施設長は、子どもや家族への面談等により専門的な視点からのアセスメントを実施する。子どもと保護者及びその置かれている環境を理解するためには、子どもの障害の状態だけでなく、子どもの適応行動の状況を、標準化されたアセスメントツールを使用する等により確認する必要がある。また、子どもの発育状況、自己理解、心理的課題、子どもの興味・関心、養育環境、これまで受けてきた支援、現在関わっている機関に関すること、地域とのつながり、利用に当たっての希望、将来展望等について必要な情報をとり、子どもと保護者のニーズや課題を客観的に分析する。保護者のニーズと子ども自身のニーズは必ずしも一致するわけではないので、子どものニーズを明確化していくことがまず求められる。また、この発達の段階にある子どものニーズは変化しやすいため、日頃から状況を適切に把握して対応していく必要がある。

(2) 医療型障害児入所施設個別支援計画の作成

障害児相談支援事業者等が作成した障害児支援利用計画や、自らの事業所でアセスメントした情報について課題整理表等を用いて整理しながら発達支援におけるニーズを具体化した上で、医療型障害児入所施設の具体的な内容を検討し、医療型障害児入所施設個別支援計画を作成する。医療型障害児入所施設個別支援計画には、子どもと保護者の生活に対する意向、総合的な支援目標とその達成時期、生活全般の質を向上させるための課題、児童発達支援の提供すべき支援の内容を踏まえた具体的な支援内容、留意事項を含める。

医療型障害児入所施設個別支援計画に、子ども本人のニーズに応じた「支援目標」を設定し、それを達成するために、発達支援(本人支援及び移行支援)」、家族支援」及び「地域支援」で示す支援内容から子どもの支援に必要な項目を適切に選択し、その上で、具体的な支援内容を設定する。なお、選択した支援内容の項目についても、具体的な支援内容と共に、児童発達支援計画に明記することが必要である。また、いつ、どこで、誰が、「どのように」、「どのくらい」支援するかということが、児童発達支援計画において常に明確になっていることが必要である。子ども又は保護者に対し、本ガイドライン(案)の「医療型障害児入所施設の提供すべき支援」の「発達支援(本人支援及び移行支援)」、家族支援」及び「地域支援」のねらい及び支援内容と、これに基づき作成された「児童発達支援計画」を示しながら説明を行い、子どもや家族の支援に必要な内容になっているかについて同意を得る必要がある。将来に対する見通しを持った上で、障害種別、障害の特性や子どもの発達の段階を丁寧に把握し、それらに応じた関わり方を考えていくことが必要である。支援手法については、個別活動と集団活動をその子どもに応じて適宜組み合わせる。計画の作成に際しては、従業者から医療型障害児入所施設個別支援計画の原案について意見を聞くなど、担当の従業者を積極的に関与させることが必要である。

(3) タイムテーブル、活動プログラムに沿った発達支援の実施

医療型障害児入所施設における時間をどのようにして過ごすかについて、一人一人の医療型障害児入所施設個別支援計画を考慮し、一日のタイムテーブルを作成する。タイムテーブルは、子どもの生活リズムを大切に、日常生活動作の習得や、子どもが見通しを持って自発的に活動できるよう促されることが期待される。ただし、提供される活動プログラムを固定化することは、経験が限られてしまうことにもなるため、活動プログラムの組合せについて、創意工夫が求められる。活動プログラムは、子どもの障害種別、障害の特性、発達の段階、生活状況や課題等に応じた内容を組み立て、従業者も交えながらチームで検討していくことが必要である。

(4) 医療型障害児入所施設計画の実施状況の把握(モニタリング)

医療型障害児入所施設個別支援計画は、概ね12ヶ月に1回以上モニタリングを行うことになっているが、子どもの状態や家庭状況等に変化があった場合にはモニタリングを行う必要がある。モニタリングは、目標達成度を評価して支援の効果を測定していくためのものであり、単に達成しているか達成していないかを評価するものではなく、提供した支援の客観的評価を行い、医療型障害児入所施設個別支援計画の見直しの必要性を判断する。

(5) モニタリングに基づく医療型障害児入所施設個別支援計画の変更及び医療型障害児入所施設の終結

モニタリングにより、医療型障害児入所施設個別支援計画の見直しが必要であると判断された場合は、医療型障害児入所施設個別支援計画の積極的な見直しを行う。その際、支援目標の設定が高すぎたの

か、支援内容があっていなかったのか、別の課題が発生しているのか等の視点で、これまでの支援内容等を評価し、今後もその支援内容を維持するのか、変更するのかを判断していく。

現在提供している医療型障害児入所施設の必要性が低くなった場合は、医療型障害児入所施設個別支援計画の支援目標の大幅な変更や医療型障害児入所施設の終結を検討する。なお、医療型障害児入所施設個別支援計画の支援目標の大幅な変更や医療型障害児入所施設の終結時には、施設長へ報告する。

医療型障害児入所施設計画の支援目標の大幅な変更や医療型障害児入所施設の終結に当たっては、医療型障害児入所施設から家族や障害児相談支援事業所、保育所等の関係機関との連絡調整を実施し、障害児支援利用計画の変更等を促す。また、他の機関・団体に支援を引き継ぐ場合には、これまでの医療型障害児入所施設の支援内容等について、適切に情報提供することが必要である。

第4章 関係機関との連携

障害のある子どもの発達支援は、子ども本人が支援の輪の中心となり、様々な関係者や関係機関が関与して行われる必要があり、これらの関係者や関係機関は連携を密にし、情報を共有することにより、障害のある子どもに対する理解を深めることが必要である。このため、医療型障害児入所施設は、日頃から市町村の障害児支援担当部局、母子保健や子ども・子育て支援、社会的養護等の児童福祉担当部局、保健所・保健センター、病院・診療所、訪問看護ステーション、発達障害者支援センター、障害児相談支援事業所、保育所、認定こども園、幼稚園、小学校、特別支援学校、児童委員や主任児童委員等の関係機関と連携を図り、医療型障害児入所施設が必要な子どもと保護者が、円滑に医療型障害児入所施設の利用に繋がるとともに、その後も、子どもの支援が保育所や学校等に適切に移行され、適切な支援が引き継がれていくことが必要である。また、子ども本人が中心となった支援の輪の中において、医療型障害児入所施設に期待される役割を認識し、子どもに対し適切な支援を提供することが必要である。さらに、障害のある子どもが健全に発達していくためには、地域社会とのふれあいが必要であり、そうした観点からは医療型障害児入所施設が地域社会から信頼を得ることが重要であるが、そのためには、地域社会に対して、児童発達支援に関する情報発信を積極的に行うなど、地域に開かれた事業運営を心がけることが求められる。

1 母子保健や医療機関等との連携

(1) 母子保健等との連携

子どもの発達支援の必要性は、新生児聴覚検査、乳幼児健康診査、市町村保健センター等の発達相談、保育所等の利用等を通して気づかれる場合があり、気づきの段階から継続的な支援を行うため、母子保健や子ども・子育て支援等の関係者や関係機関と連携した支援が必要である。

(2) 医療機関や専門機関との連携

医療的ケアが必要な子どもや重症心身障害のある子どもが医療機関(NICU等)から在宅生活に移行し、その後も在宅生活を継続していくために、地域の保健、医療、保育、教育等の関係機関と連携した支援が必要である。子どもの事故やけが、健康状態の急変が生じた場合に備え、近隣の協力医療機関をあらかじめ決めておく必要がある。特に、医療的ケアが必要な子どもや重症心身障害のある子どもは、事前に協力医療機関を受診し、医師に子どもの状態について理解してもらうことも必要である。また、医療的なケアが必要な子どもを受け入れる場合は、子どもの主治医等との連携体制を構築しておく必要がある。さらに、保護者による子どもの虐待等により福祉的介入が必要とされるケースについては、市町村が設置する要保護児童対策地域協議会等を活用しながら、児童相談所や児童家庭支援センター、市町村の児童虐待対応窓口、保健所等の関係機関・団体と連携して対応を図る必要がある。

2 保育所や幼稚園等との連携

子どもが成長し、医療型障害児入所施設から地域の保育所や認定こども園、幼稚園、特別支援学校(幼稚園部)等に支援を移行する際には、児童発達支援計画と個別の教育支援計画等を含め、子どもの発達支援の連続性を図るため、保護者の了解を得た上で、子ども本人の発達の状況や障害の特性、医療型障害児入所施設で行ってきた支援内容等について情報を共有しながら相互理解を図り、円滑に支援が引き継がれるようにすることが必要である。また、この際は、引継ぎを中心とした移行支援会議において、障害児相談支援事業所と連携することが重要である。さらに、医療型障害児入所施設においては、保育所等の職員が障害のある子どもへの対応に不安を抱える場合等に、保育所等訪問支援や巡回支援専門員整備、障害

児等療育支援事業等の積極的な活用を図ることにより、適切な支援を行っていくことが重要である。加えて、保育所や認定こども園、幼稚園、特別支援学校(幼稚部)等との交流や、同年代の障害のない子どもと活動する機会の確保も必要である。

3 他の医療型障害児入所施設や医療型障害児入所施設事業所等との連携

地域の医療型障害児入所施設や医療型障害児入所施設事業所は、障害種別や障害の特性の理解、障害種別や障害の特性に応じた活動や支援方法、支援困難事例等について、合同で研修を行うことやそれぞれから助言をし合うことにより、連携を図りながら適切な支援を行っていく必要がある。また、発達障害者支援センター等の専門機関と連携し、助言や研修等を受けることも必要である。さらに、発達支援上の必要性により、他の医療型障害児入所施設を併せて利用する子どもについて、支援内容を相互に理解しておくため、保護者の了解を得た上で、他の医療型障害児入所施設の事業所との間で、子ども本人の日常生活動作の状況や留意事項、相互の支援内容や個別の支援計画の内容等について情報共有を図ることが必要である。

4 学校や放課後等デイサービス事業所等との連携

子どもが特別支援学校(小学部)に進学する際には、医療型障害児入所施設個別支援計画と個別の教育支援計画等を含め、子どもの発達支援の連続性を図るため、保護者の了解を得た上で、児童発達支援計画の内容だけでなく、子ども本人の発達の状況や障害の特性、医療型障害児入所施設で行ってきた支援内容等について特別支援学校と情報共有を図り、円滑に支援が引き継がれるようにすることが必要である。また、医療型障害児入所施設においては、小学校や特別支援学校(小学部)への保育所等訪問支援等の実施により、子どもの支援が継続できるようにしていくことも必要である。放課後等デイサービスの利用を開始する場合についても、放課後等デイサービス計画が適切に作成されるよう、学校の場合と同様に情報の共有が必要である。また、放課後等デイサービス利用開始後も、より適切な発達支援を実施するために連携体制を継続し、必要な情報提供や助言を行うことが望ましい。こうした、支援の移行の際は、引継ぎを中心とした移行支援会議において、障害児相談支援事業所と連携することが重要である。

5 協議会等への参加や地域との連携

児童発達支援センター等は、自立支援協議会子ども部会や地域の子ども・子育て会議、要保護児童対策地域協議会等へ積極的に参加すること等により、関係機関・団体等と連携して、地域支援体制を構築していく必要がある。また、日頃から地域の行事や活動に参加できる環境を作るため、自治会の会合に参加することや、地域のボランティア組織と連絡を密にする等の対応をとることが必要である。

第5章 医療型障害児入所施設の提供体制

1 定員

施設長は、設備、従業者等の状況を総合的に勘案し、適切な生活環境と事業内容が確保されるよう、障害のある子どもの情緒面への配慮や安全性の確保の観点から、適切な利用定員を定めることが必要である。

2 職員配置及び職員の役割

(1)適切な職員配置

医療型障害児入所施設事業所においては、児童福祉法にある施設基準に則って定められているものである。特に配慮が必要な利用者等への支援のために、施設基準以上に指導員又は保育士などを配置することも考慮する必要がある。施設長が個々の利用者について作成する児童発達支援計画に基づき、適切な知識と技術をもって活動等が行われるよう、支援の単位ごとに、従業者を統括する指導的役割の職員が配置されている必要があり、この職員には保育士等の資格を保有する者を充てるなど、支援の質の確保の観点から、適切な職員配置に留意する必要がある。

児童福祉法に基づく指定障害児入所施設等の人員、設備及び運営に関する基準の、第三章 指定医療型障害児入所施設の人員、設備及び運営に関する基準において、人員と設備に関しての基準が示されている。

第一節 人員に関する基準

(従業者の員数)

第五十二条 指定医療型障害児入所施設に置くべき従業者及びその員数は、次のとおりとする。

一 医療法（昭和二十三年法律第二百五号）に規定する病院として必要とされる従業者 同法に規定する病院として必要とされる数

二 児童指導員及び保育士（特区法第十二条の四第五項に規定する事業実施区域内にある指定医療型障害児入所施設にあっては、保育士又は当該事業実施区域に係る国家戦略特別区域限定保育士。以下この号において同じ。）

イ 児童指導員及び保育士の総数（１）又は（２）に掲げる指定医療型障害児入所施設の区分に応じ、それぞれ（１）又は（２）に定める数

主として肢体不自由のある児童を入所させる指定医療型障害児入所施設 通じておおむね障害児である乳幼児の数を十で除して得た数及び障害児である少年の数を二十で除して得た数の合計数以上

ロ 児童指導員 一以上

ハ 保育士 一以上

三 心理指導を担当する職員 一以上（被虐待児の心理的ストレスへの対応）

四 理学療法士又は作業療法士 一以上（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児を入所させる指定医療型障害児入所施設に限る。）

五 児童発達支援管理責任者 一以上

２ 前項各号に掲げる従業者のほか、指定医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童を入所させるものに限る。）において職業指導を行う場合には、職業指導員を置かなければならない。

３ 第一項各号に掲げる従業者は、専ら当該指定医療型障害児入所施設の職務に従事する者でなければならない。ただし、障害児の支援に支障がない場合は、障害児の保護に直接従事する従業者を除き、併せて設置する他の社会福祉施設の職務に従事させることができる。

４ 指定医療型障害児入所施設が、療養介護（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第５条第６項に規定する療養介護をいう。以下この項及び次条第五項において同じ。）に係る指定障害福祉サービス事業者（同法第二十九条第一項に規定する指定障害福祉サービス事業者をいう。次条第五項において同じ。）の指定を受け、かつ、指定入所支援と療養介護とを同一の施設において一体的に提供している場合については、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成十八年厚生労働省令第百七十一号。次条第五項において「指定障害福祉サービス基準」という。）第五十条に規定する人員に関する基準を満たすことをもって、前三項に規定する基準を満たしているものとみなすことができる。

第二節 設備に関する基準

(設備)

第五十三条 指定医療型障害児入所施設の設備は、次のとおりとする。

一 医療法に規定する病院として必要とされる設備を有すること。

二 訓練室及び浴室を有すること。

２ 次の各号に掲げる指定医療型障害児入所施設にあっては、前項各号に掲げる設備のほか、それぞれ次の各号に掲げる設備を設けなければならない。ただし、第二号の義肢装具を製作する設備にあっては、他に適当な設備がある場合は、これを置かないことができる。

二 主として肢体不自由のある児童を入所させる指定医療型障害児入所施設 屋外訓練場、ギブス室、特殊手工芸等の作業を指導するのに必要な設備、義肢装具を製作する設備並びに浴室及び便所の手すり等身体の機能の不自由を助ける設備

３ 主として肢体不自由のある児童を入所させる指定医療型障害児入所施設は、その階段の傾斜を緩やかにしなければならない。

４ 第一項各号及び第二項各号に掲げる設備は、専ら当該指定医療型障害児入所施設が提供する指定入所支援の用に供するものでなければならない。ただし、障害児の支援に支障がない場合は、第一項第二号及び第二項各号に掲げる設備については、併せて設置する他の社会福祉施設の設備に兼ねることができる。

5 指定医療型障害児入所施設が、療養介護に係る指定障害福祉サービス事業者の指定を受け、かつ、指定入所支援と療養介護とを同一の施設において一体的に提供している場合については、指定障害福祉サービス基準第五十二条に規定する設備に関する基準を満たすことをもって、前各項に規定する基準を満たしているものとみなすことができる。

(2)施設長の責務

施設長は、医療型障害児入所施設の役割や社会的責任を遂行するために、法令等を遵守し、施設長としての専門性等の向上を図るとともに、医療型障害児入所施設の質及び職員の資質向上のために必要な環境の確保を図らなければならない。施設長は、医療型障害児入所施設が適切な支援を安定的に提供することにより、障害のある利用者の発達に貢献するとともに、利用者や保護者の満足感、安心感を高めるために、組織運営管理を適切に行わなければならない。施設長は、各職員が目指すキャリアパスに応じた研修等に参加することができるよう、職員の勤務体制等を工夫し、職員一人一人の資質及び専門性の向上の促進を図らなければならない。施設長は、職員一人一人の倫理観及び人間性を把握し、職員としての適性を適確に判断する責任がある。施設長は、質の高い支援を確保する観点から、従業者等が心身ともに健康で意欲的に支援を提供できるよう、労働環境の整備を図る必要がある。

(3)施設長による組織運営管理

施設長は、事業所の運営方針や、医療型障害児入所施設計画、日々の活動に関するタイムテーブルや活動プログラムについて、施設長及び従業者の積極的な関与のもとでPDCAサイクルを繰り返し、事業所が一体となって不断に支援の質の向上を図ることが重要である。また、施設長は、PDCAサイクルを繰り返すことによって、継続的に事業運営を改善する意識を持って、施設長及び従業者の管理及び事業の実施状況の把握その他の管理を行わなければならない。

ア 事業運営の理念・方針の設定・見直しと職員への徹底

医療型障害児入所施設の事業所ごとに、運営規程を定めておくとともに、施設長及び従業者に運営規程を遵守させておかなければならない。運営規程には以下の重要事項は必ず定めておく必要がある。

【運営規程の重要事項】

- ・事業の目的及び運営の方針
- ・従業者の職種、職員数及び職務の内容
- ・営業日及び営業時間
- ・利用定員
- ・医療型障害児入所施設の内容並びに保護者から受領する費用の種類及びその額
- ・通常の事業の実施地域
- ・支援の利用に当たっての留意事項
- ・緊急時等における対応方法
- ・非常災害対策
- ・事業の主たる対象とする障害の種類を定めた場合には当該障害の種類
- ・虐待の防止のための措置に関する事項
- ・その他運営に関する重要事項

事業の目的及び運営方針は、児童福祉法にも記載されているが、本ガイドライン(案)に記載されている医療型障害児入所施設の役割や提供すべき内容、地域での子どもや保護者の置かれた状況、医療型障害児入所施設が一部公費により運営される事業であること等を踏まえ、適切に設定する。事業の目的及び運営方針の設定や見直しに当たっては、児童発達支援管理責任者及び従業者が積極的に関与できるように配慮する。施設長及び従業者の採用に当たっては、事業所の目的及び運営方針を始めた運営規程の内容を丁寧に説明するとともに、様々な機会を通じて繰り返しその徹底を図る。

第三節 運営に関する基準

(入所利用者負担額の受領)

第五十四条 指定医療型障害児入所施設は、指定入所支援を提供した際は、入所給付決定保護者から当該指定入所支援に係る入所利用者負担額の支払を受けるものとする。

2 指定医療型障害児入所施設は、法定代理受領を行わない指定入所支援を提供した際は、入所給付決定保護者から、次の各号に掲げる費用の額の支払を受けるものとする。

- 一 当該指定入所支援に係る指定入所支援費用基準額
- 二 当該障害児入所支援のうち障害児入所医療に係るものにつき健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した費用の額
- 3 指定医療型障害児入所施設は、前二項の支払を受ける額のほか、指定入所支援において提供される便宜に要する費用のうち、次の各号に掲げる費用の額の支払を入所給付決定保護者から受けることができる。
 - 一 日用品費
 - 二 前号に掲げるもののほか、指定入所支援において提供される便宜に要する費用のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、入所給付決定保護者に負担させることが適当と認められるもの
- 4 指定医療型障害児入所施設は、前三項の費用の額の支払を受けた場合は、当該費用に係る領収証を当該費用の額を支払った入所給付決定保護者に対し交付しなければならない。
- 5 指定医療型障害児入所施設は、第三項の費用に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、入所給付決定保護者に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、入所給付決定保護者の同意を得なければならない。

(障害児入所給付費の額に係る通知等)

第五十五条 指定医療型障害児入所施設は、法定代理受領により指定入所支援に係る障害児入所給付費又は指定障害児入所医療費の支給を受けた場合は、入所給付決定保護者に対し、当該入所給付決定保護者に係る障害児入所給付費及び障害児入所医療費の額を通知しなければならない。

2 指定医療型障害児入所施設は、前条第二項の法定代理受領を行わない指定入所支援に係る費用の額の支払を受けた場合は、その提供した指定入所支援の内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を入所給付決定保護者に対して交付しなければならない。

イ 複数のサイクル(年・月等)での目標設定と振り返り

PDCAサイクルにより不断に業務改善を進めるためには、児童発達支援管理責任者及び従業者が参画して、複数のサイクル(年間のほか月間等)で事業所としての業務改善の目標設定とその振り返りを行うことが必要である。

ウ 自己評価結果の公表

本ガイドライン(案)に加え、別添の「医療型障害児入所施設における事業所全体の自己評価の流れ」を踏まえ、事業所職員向け児童発達支援自己評価表を活用して行う児童発達支援センター等の職員による事業所の支援の評価及び別添の「保護者等向け児童発達支援評価表」を活用して行う保護者等による事業所評価を踏まえ、事業所全体として自己評価を行う必要がある。事業所の自己評価結果による医療型障害児入所施設の質の評価及び改善の内容については、事業所全体による自己評価に基づき、「事業所における自己評価結果(公表)」及び「保護者等からの事業所評価の集計結果(公表)」を用いて、概ね1年に1回以上、利用者や保護者等に向けて、インターネットのホームページや会報等で公表していくことが必要である。また、この事業所による自己評価のほか、可能な限り、第三者による外部評価を導入して、事業運営の一層の改善を図ることが必要である。

エ コミュニケーションの活性化等

PDCAサイクルによる業務改善が適切に効果を上げるには、現状の適切な認識・把握と、事業所内での意思の疎通・情報共有が重要である。支援提供の日々の記録については、施設長が把握する以外に、従業者同士での情報共有を図ることも支援の質の向上のために有用である。職場での何でも言える雰囲気作りや職員同士のコミュニケーションの活性化も施設長の役割である。医療型障害児入所施設計画の作成・モニタリング・変更の結果について、各職場長から報告を受けるなど、各職場長や従業者の業務の管理及び必要な指揮命令を行う。支援内容の共有や職員同士のコミュニケーションの活性化が事業所内虐待の防止や保護者による虐待の早期発見に繋がるものであることも認識しておくとともに、施設長も、適切な支援が提供されているか把握しておく必要がある。

オ 子どもや保護者の意向等の把握

PDCAサイクルによる業務改善を進める上で、アンケート調査等を実施して、支援を利用する利用者や保護者の意向や満足度を把握することが必要である。特に利用者や保護者の意向等を踏まえて行うこととした業務改善への取組については、子ども及び保護者に周知していくことが必要である。

カ 支援の継続性

医療型障害児入所施設は、利用者や保護者への支援の継続性の観点から継続的・安定的に運営することが必要である。やむを得ず事業を廃止し又は休止しようとする時は、その一月前までに都道府県知事等に届け出なければならない。この場合、利用者や保護者に事業の廃止又は休止しようとする理由を丁寧に説明するとともに、他の児童発達支援センター等を紹介するなど、利用者や保護者への影響が最小限に抑えられるように対応することが必要である。

3 施設及び設備

医療型障害児入所施設は、医療型障害児入所支援サービスを提供するための設備及び備品を適切に備えた場所である必要がある。施設長は、様々な障害のある利用者が安全に安心して過ごすことができるようバリアフリー化や情報伝達への配慮等、個々の利用者の態様に応じた工夫が必要である。医療型障害児入所施設事業所の指導訓練室については、床面積の基準は定められていないが、医療型障害児入所施設が医療型障害児入所施設事業を行う場合においては、適切なスペースの確保に努めることが必要である。子どもが生活する空間については、指導訓練室のほか、おやつや昼食がとれる空間、静かな遊びのできる空間、雨天等に遊びができる空間、子どもが体調の悪い時等に休息できる静養空間、年齢に応じて更衣のできる空間等を工夫して確保することが必要である。また、室内のレイアウトや装飾にも心を配り、子どもが心地よく過ごせるように工夫することが必要である。屋外遊びを豊かにするため、屋外遊技場の設置や、近隣の児童遊園・公園等を有効に活用することが必要である。備品については、遊具のほか、障害種別、障害の特性及び発達状況に応じた支援ツールを備えることも考慮していくことが必要である。

4 衛生管理、安全対策

施設長は、障害のある利用者や保護者が安心して医療型障害児入所施設の入所支援を受け続けられるようにするためには、医療型障害児入所施設を運営する中で想定される様々なリスク、例えば、利用者の健康状態の急変、非常災害、犯罪、感染症の発生と蔓延等に対する対応マニュアルの策定や発生を想定した訓練、関係機関・団体との連携等により、日頃から十分に備えることが必要である。

(1) 衛生・健康管理

施設長は、感染症の予防や健康維持のために、職員に対し常に清潔を心がけさせ、手洗い、手指消毒の励行、換気等の衛生管理を徹底することが必要である。施設長は、感染症又は食中毒が発生した場合の対応や、排泄物又は嘔吐物等に関する処理方法についての対応マニュアルを策定し職員に周知徹底を図るとともに、マニュアルに沿って対応できるようにすることが必要である。施設長は、子どもの健康状態の把握及び感染症発生の早期発見のために、子どもの来所時の健康チェック及び保護者との情報共有の体制を構築しておくことが必要である。また、感染症発生動向に注意を払い、インフルエンザやノロウイルス等の感染症の流行時には、子どもの来所時の健康チェック及び保護者との情報共有体制を強化する必要がある。さらに、インフルエンザやノロウイルス等の感染症により集団感染の恐れがある場合は、利用者の安全確保のために、状況に応じて休所とする等の適切な対応を行うとともに、保護者や各関係機関・団体との連絡体制を構築しておく必要がある。職員は、事前に、予防接種やてんかん発作等の子どもの状況を確認しておくとともに、利用者の健康管理に必要となる器械器具の管理等を適正に行う必要がある。施設長は、食物アレルギーのある利用者について、医師の指示書に基づき、食事やおやつを提供する際に、除去食や制限食で対応できる体制を整えることが必要である。施設長は、重症心身障害のある利用者など、全身性障害がある利用者については、常に骨折が起こりやすいことを念頭におき、適切な介助が行える体制を整えるとともに、誤嚥性肺炎を起こさないよう、摂食時の姿勢や車いすの角度等の調整、本人の咀嚼・嚥下機能に応じた適切な食事の介助を計画的・組織的に行えるようにすることが必要である。

(2) 非常災害・防犯対策

施設長は、非常災害に備えて消火設備等の必要な設備を設けるとともに、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の避難方法や、関係機関・団体への通報及び連絡体制を明確にするとともに、それらを定期的に職員や保護者に周知しなければならない。施設長は、非常災害の発生に備え、定期的に避

難、救出その他必要な訓練を行わなければならない。施設長は、重大な災害の発生や台風の接近等により危険が見込まれる場合には、利用者の安全確保のために、状況に応じて外来機能等を休診とする等の適切な対応を行うとともに、保護者や保育所等の関係機関・団体との連絡体制を構築しておく必要がある。職員は、障害種別や障害の特性ごとの災害時対応について理解しておくとともに、施設長は、利用者ごとの個別支援計画に災害時の対応について記載することも必要である。特に医療的ケアが必要な子どもについては、保護者や主治医、協力医療機関等との間で災害発生時の対応について綿密に意思疎通を図っておくことが重要であり、施設長は、職員に徹底する必要がある。施設長は、外部からの不審者の侵入を含め、利用者が犯罪に巻き込まれないよう、事業所として防犯マニュアルの策定や、地域の関係機関・団体等と連携しての見守り活動、利用者自身が自らの安全を確保できるような学習支援など、防犯に係る安全確保への取組を行う必要がある。

(3) 緊急時対応

利用者の事故やケガ、健康状態の急変が生じた場合は、施設内で救急対応することはもちろんであるが、速やかに保護者に連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。また、施設内では対応できない事案が発生した場合に速やかに対応できるよう、個々の利用者に応じた緊急の対応方法や搬送先等について、個別の緊急時対応マニュアルとして策定して、職員間で共有することも必要である。

(4) 安全確保

職員は、医療・支援の提供中に起きる事故やケガを防止するために、室内や屋外の環境の安全性について毎日点検し、必要な補修等を行い、危険を排除することが必要である。また、職員は、利用者の特性を理解した上で、必要な安全の確保を行う必要である。施設長は、発生した事故事例や、事故につながりそうな事例の情報を収集し、ヒヤリハット事例集を作成し、職員間で共有することが必要である。

5 適切な支援の提供

施設長は、設備、職員等の状況を総合的に勘案し、適切な生活環境と事業内容が確保されるよう、障害のある子どもの情緒面への配慮や安全性の確保の観点から、利用定員の規模や、室内のレイアウトや装飾等に心を配り、必要に応じて改善を図る。また、着替えや排泄の介助等については、同性介護を基本とするなど、配慮することが求められる。職員は、医療型障害児入所施設の提供すべき支援の内容等について理解するとともに、医療型障害児入所施設計画に沿って、それぞれの利用者たちの障害種別、障害の特性、発達の段階、生活状況や課題に細やかに配慮しながら支援を行うことが必要である。職員は常に意思の疎通を図り、円滑なコミュニケーションが取れるようにすることが必要である。支援開始前には職員間で必ず打合せを実施し、その日行われる支援の内容や役割分担について把握する。支援終了後に職員間で打合せを実施し、その日の支援の振り返りをし、利用者や家族との関わりで気づいた点や、気になった点について職員間で共有する。職員は、その日行った支援の手順、内容、利用者の反応や気づきについて、記録をとらなければならない。また、日々の支援が目標や計画に沿って行われているか、記録に基づいて検証し、支援の改善や自らのスキルアップに繋げていく必要がある。

6 保護者との関わり

職員は、利用者や保護者の満足感、安心感を高めるために、提供する医療や支援の内容を保護者とともに考える姿勢を持ち、利用者や保護者に対する丁寧な説明を常に心がけ、利用者や保護者の気持ちに寄り添えるように積極的なコミュニケーションを図る必要がある。

(1) 保護者との連携

職員は、日頃から利用者の状況を保護者と伝え合い、利用者の発達の状況や課題について共通理解を持つことが重要である。このため、医療的ケアの情報や介助の方法、適切な姿勢、気になることがあった場合の情報等について、連絡ノート等を通じて保護者と共有することが必要である。また、必要に応じて、家庭内での養育等についてペアレント・トレーニング等を活用しながら、利用者の育ちを支える力をつけられるよう支援したり、環境整備等の支援を行ったりすることが必要である。施設長は、施設内でのトラブルや利用者の病気・事故の際の連絡体制について、事前に保護者と調整し、その内容について職員間で周知徹底しておく必要がある。施設長は、職員が行う保護者への連絡や支援について、随時報告を受けることや記録の確認等により、把握・管理することが必要である。

(2)利用者や保護者に対する説明責任等

職員は、利用者や保護者が医療型障害児入所施設を適切かつ円滑に利用できるよう、説明責任を果たすとともに、必要な支援を行う責務がある。

ア 運営規程の周知

施設長は、運営規程について、事業所内の見やすい場所に掲示する等により、その周知を図る。

イ 利用者や保護者に対する運営規程や医療型障害児入所施設計画の内容についての丁寧な説明

施設長は、利用者や保護者に対し、利用申込時において、運営規程や支援の内容を理解しやすいように説明を行う必要がある。特に、支援の内容、人員体制(資格等)、利用者負担、苦情解決の手順、緊急時の連絡体制等の重要事項については文書化の上、対面で説明する。また、施設長は、医療型障害児入所施設計画の内容について、その作成時、変更時に利用者と保護者に対して丁寧に説明を行う必要がある。

ウ 保護者に対する相談援助等

職員は、保護者が悩み等を自分だけで抱え込まないように、保護者からの相談に適切に応じ、信頼関係を築きながら、保護者の困惑や将来の不安を受け止め、専門的な助言を行うことも必要である。例えば、保護者との定期的な面談(最低限モニタリング時に実施することが望ましい)や訪問相談等を通じて、子育ての悩み等に対する相談を行ったり、子どもの障害について保護者の理解が促されるような支援を行ったりすることが必要である。職員は、父母の会の活動を支援したり、保護者会等を開催したりすることにより、保護者同士が交流して理解を深め、保護者同士のつながりを密にして、安心して子育てを行っていただけるような支援を行うことが必要である。また、家族支援は保護者に限った支援ではなく、兄弟姉妹や祖父母等への支援も含まれる。特に兄弟姉妹は、心的負担等から精神的な問題を抱える場合も少なくないため、例えば、兄弟姉妹向けのイベントを開催する等の対応を行っていくことも必要である。施設長は、職員に対して、保護者との定期的な面談や保護者に対する相談援助について、その適切な実施を促すとともに、随時報告を受けることや記録の確認等により、把握・管理する必要がある。

エ 苦情解決対応

施設長は、医療型障害児入所施設に対する子どもや保護者からの苦情(虐待に関する相談も含む)について、迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口や苦情受付担当者、苦情解決責任者、第三者委員の設置、解決に向けた手順の整理等、迅速かつ適切に解決が図られる仕組みを構築することが必要である。施設長は、苦情受付窓口について、子どもや保護者に周知するとともに、第三者委員を設置している場合には、その存在についても、子どもや保護者に周知する必要がある。施設長は、苦情解決責任者として、迅速かつ適切に対応する必要がある。

オ 適切な情報伝達手段の確保

事業所は、定期的に会報等を発行し、活動概要や行事予定、連絡体制等の情報を子どもや保護者に対して発信することが必要である。視覚障害や聴覚障害等の障害種別に応じて、子どもや保護者との意思の疎通、情報伝達のための手話等による配慮が必要である。

7 地域に開かれた事業運営

施設長は、地域住民の事業所に対する理解の増進や地域の子どもの温かい見守り、地域住民との交流活動の円滑な実施等の観点から、事業所はホームページや会報等を通じて活動の情報を積極的に発信することや、事業所の行事に地域住民を招待する等地域に開かれた事業運営を図ることが必要である。実習生やボランティアの受入れは、事業所及び実習生やボランティア双方にとって有益であり、施設長は、積極的に対応することが望ましい。ただし、実習生やボランティアの受入れに当たっては、事故が起きないように適切な指導を行う等の対応が必要である。また、実習生やボランティアの受入れに当たっては、事業所の理念やプログラム内容及び障害のある子どもの支援上の注意事項等を理解させることが必要である。

8 秘密保持等

施設長は、職員等(実習生やボランティアを含む。以下同じ。)であった者が、その業務上知り得た秘密を漏らすことがないように、誓約書の提出や雇用契約に明記するなど、必要な措置を講じなければならない。職

員は、関係機関・団体に子ども又はその家族に関する情報を提供する際は、あらかじめ文書により保護者等の同意を得ておかなければならない。また、ホームページや会報等に子ども又は保護者の写真や氏名を掲載する際には、保護者の許諾を得ることが必要である。職員等は、その職を辞した後も含めて、正当な理由がなく業務上知り得た秘密を漏らしてはならない。

第6章 支援の質の向上と権利擁護

1 支援の質の向上への取り組み

児童福祉法第21条の5の17第2項の規定において、指定障害児事業者等は、その提供する障害児通所支援の質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより、障害児通所支援の質の向上に努めなければならないとされている。そのためには、施設長は、「第三者評価共通基準ガイドライン(障害者・児福祉サービス版)」等により、第三者による外部評価を活用することが有効である。また、適切な支援を安定的に提供するとともに、支援の質を向上させるためには、支援に関わる人材の知識・技術を高めることが必要であり、そのためには、施設長は、様々な研修の機会を確保するとともに、知識・技術の取得意欲を喚起することが重要である。さらに、職員が医療型障害児入所施設センター等における課題について共通理解を深め、協力して改善に努めることができる体制を構築するためには、日常的に職員同士が主体的に学び合う姿勢が重要である。そのため、施設長は、医療型障害児入所施設センター等において職場研修を実施し、職員は当該研修を通じて、常に自己研鑽を図る必要がある。加えて、施設長は、職員が外部で行われる研修等へ積極的に参加できるようにし、職員が必要な知識・技術の修得、維持及び向上を図れるようにする必要がある。

(1) 職員の知識・技術の向上

職員の知識・技術の向上は、医療型障害児入所施設の提供内容の向上に直結するものであり、職員の知識・技術の向上への取組は、施設長の重要な管理業務の一つである。施設長は、職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、その計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保することが必要である。資質の向上の支援に関する計画の策定に際しては、職員を積極的に参画させることが必要である。児童発達支援を適切に提供する上で、児童発達支援に期待される役割、障害のある子どもの発達の段階ごとの特性、障害種別・障害の特性、関連する制度の仕組み、関係機関・団体の役割、児童虐待への対応、障害者の権利に関する条約の内容等を理解することが重要であり、施設長は、職員に対してこうした知識の修得に向けた意欲を喚起する必要がある。障害種別、障害の特性に応じた支援や発達の段階に応じた支援、家族支援等に係る適切な技術を職員が修得することが、子どもの発達支援や二次障害の予防、家庭養育を支えるといった視点から重要であり、施設長は、職員に対してこうした技術の修得に向けた意欲を喚起する必要がある。

(2) 研修受講機会等の提供

施設長は、職員の資質向上を図るため、研修を実施する等の措置を講じなければならない。具体的には自治体や障害児等関係団体が実施する研修等への職員の参加、事業所における研修会や勉強会の開催(本ガイドライン(案)を使用した研修会や勉強会等)、事業所に講師を招いての研修会の実施、職員を他の事業所等に派遣しての研修、事業所内における職員の自己研鑽のための図書の整備等が考えられる。また、医療的ケアが必要な子どもや重症心身障害のある子どもに対し、適切な支援が行われるよう、喀痰吸引等の研修を受講させることが必要である。施設長は、従業者に対する技術指導及び助言を行うことも業務となっており、施設長は、事業所内における研修の企画等に当たっては、施設長と共同して対応していくことが必要である。

2 権利擁護

障害のある子どもの支援に当たっては、児童の権利に関する条約、障害者の権利に関する条約、児童福祉法等が求める子どもの最善の利益が考慮される必要がある。特に、障害のある子どもが、自由に自己の意見を表明する権利並びにこの権利を実現するための支援を提供される権利を有することを認識することが重要である。具体的には、職員は、子どもの意向の把握に努める等により、子ども本人の意思を尊重

し、子ども本人の最善の利益を考慮した支援を日々行う必要がある。また、障害のある子どもの権利擁護のために、虐待等の子どもの人権侵害の防止に関する次のような取組も積極的に行っていくことが重要である。

(1) 虐待防止の取組

施設長は、職員による利用者に対する虐待を防止するため、虐待防止委員会の設置など、必要な体制の整備が求められる。虐待防止委員会の責任者は、通常、管理者が担うこととなる。虐待防止委員会を組織的に機能させるために、苦情解決の第三者委員等の外部委員を入れてチェック機能を持たせるとともに、施設長等、虐待防止のリーダーとなる職員を虐待防止マネージャーとして配置し、研修や虐待防止チェックリストの実施など、具体的な虐待防止への取組を進める。施設長は、職員に対する虐待防止啓発のための定期的な研修を実施し、又は自治体の実施する研修を受講させるほか、自らが虐待防止のための研修を積極的に受講する等により、児童虐待の防止等に関する法律(平成 12 年法律第 82 号。以下「児童虐待防止法」という。)及び障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律(平成 23 年法律第 79 号。以下「障害者虐待防止法」という。)について理解し、虐待の防止への取組を進める必要がある。特に、障害者福祉施設等における障害者虐待の防止と対応の手引き」は必ず読むようにする。各都道府県で実施する虐待防止や権利擁護に関する研修を受講した場合には、医療型障害児入所施設で伝達研修を実施することが重要である。職員等からの虐待(特に性的虐待)は、密室化した場所で起こりやすいことから、施設長は、送迎の車内を含め、密室化した場所を極力作らないよう、常に周囲の目が届く範囲で支援が実施できるようにする必要がある。職員等から虐待を受けたと思われる子どもを発見した場合(相談を受けて虐待と認識した場合を含む。)、その職員は、障害者虐待防止法第 16 条に規定されている通報義務に基づき、医療型障害児入所施設の通所給付決定をした市町村の窓口に通報する。この時に、市町村に通報することなく、事業所の中だけで事実確認を進め、事態を収束させてしまうと通報義務に反することとなるため、必ず市町村に通報した上で行政と連携して対応を進める必要がある。職員は、虐待を発見しやすい立場にあることを認識し、利用者の状態の変化や家族の態度等の観察や情報収集により、虐待の早期発見に努めさせる必要がある。職員は、保護者による虐待について、保護者に対する相談支援やカウンセリング等により未然防止に努めることが重要であることを認識する。職員は、保護者による虐待を発見した場合は、児童虐待防止法第 6 条に規定されている通告義務に基づき、市町村、都道府県の設置する福祉事務所又は児童相談所等へ速やかに通告するよう徹底する必要がある。虐待等により福祉の介入が必要とされるケースについては、市町村等が設置する要保護児童対策地域協議会等を活用しながら、児童相談所や児童家庭支援センター、市町村の児童虐待対応窓口、保健所等の関係機関・団体と連携して対応を図っていくことが求められる。

(2) 身体拘束への対応

職員等が自分の体で利用者を押さえつけて行動を制限することや、自分の意思で開けることのできない居室等に隔離すること等は身体拘束に当たり、利用者の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、禁止されている。やむを得ず身体拘束を行う場合は、切迫性、非代替性、一時性が要件となるが、身体拘束の検討が必要なケースについては、代替性がないか等について慎重に検討した上で、それでもなお、身体拘束を行わざるを得ない事態が想定される場合には、いかなる場合にどのような形で身体拘束を行うかについて、施設長は組織的に決定する必要がある。また、施設長は、医療型障害児入所施設計画に、身体拘束が必要となる状況、身体拘束の態様・時間等について、利用者や保護者に事前に十分に説明をし、了解を得た上で記載させることが必要である。身体拘束を行った場合には、施設長は、身体拘束を行った職員又は施設長から、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由等必要な事項の記録とともに報告を受ける。なお、必要な記録がされていない場合は、運営基準違反となることを認識しておく必要がある。

(3) その他

施設長は、利用者の権利擁護に関する研修会を実施するなど、職員が子どもの人権を尊重した支援を行うために必要な取組を進めることが必要である。